Resultado de Investigación

Migración venezolana: una prioridad para la salud pública desde un enfoque de género y derechos humanos

Janeth Lorena Chavez Martínez

Compiladora







Migración venezolana: una prioridad para la salud pública, desde un enfoque de género y derechos humanos

Janeth Lorena Chavez Martínez
Yudy Basante Castro
Danessa Milady Chaves Pianda
Paola Andrea Gaviria Martínez
María José Rosero Delgado
Álvaro Hugo Gómez Rosero
Víctor Hugo Rosero Arcos
Norma Viviana Moreno Montenegro
Mária Alejandra Córdoba Moran
Yaneth Biviana Luna Arroyo

CHAVEZ MARTINEZ, J. L., BASANTE CASTRO, Y., CHAVES PIANDA, D. M., GAVIRIA MARTÍNEZ, P. A., ROSERO DELGADO, M. J., GÓMEZ ROSERO, A. H., ROSERO ARCOS, V. H., MORENO MONTENEGRO, N. V., CÓRDOBA MORAN, M. A., and LUNA ARROYO, Y. B. *Migración venezolana*: una prioridad para la salud pública, desde un enfoque de género y derechos humanos [online]. San Juan de Pasto: Editorial Unimar, 2024, 101 p. Resultado de Investigación collection. ISBN: 978-628-7548-39-8. Available from: https://books.scielo.org/id/88xjq. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.192.



Migración venezolana: una prioridad para la salud pública desde un enfoque de género y derechos humanos

Janeth Lorena Chavez Martínez
Yudy Basante Castro
Danessa Milady Chaves Pianda
Paola Andrea Gaviria Martínez
María José Rosero Delgado
Álvaro Hugo Gómez Rosero
Víctor Hugo Rosero Arcos
Norma Viviana Moreno Montenegro
María Alejandra Córdoba Moran
Yaneth Biviana Luna Arroyo

Autores

DIOS HOGAR PATRIA
UNIVERSIDAD MARIANA

Universidad Mariana
Res. MEN 1362 del 3 de febrero de 1983

Editorial Unimar

Colección Resultado de Investigación

2024

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

Chavez Martínez, Janeth Lorena, autora

Migración venezolana: una prioridad para la salud pública, desde un enfoque de género y derechos humanos / autores, Janeth Lorena Chavez Martínez [y otros nueve]. -- San Juan de Pasto, Nariño: Editorial Unimar, 2024.

1 recurso en línea : archivo de texto: PDF. -- (Resultado de investigación)

Incluye datos curriculares de los autores -- Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-628-7548-39-8

1. Salud sexual y reproductiva - Investigaciones - Pasto - Siglo XXI 2. Inmigrantes - Salud e higiene - Investigaciones - Pasto - Siglo XXI 3. Derechos sexuales - Investigaciones - Pasto - Siglo XXI 4. Venezuela - Emigración e inmigración - Pasto - Siglo XXI I. Basante Castro, Yudy, autora II. Chaves Pianda, Danessa Milady, autora III. Gaviria Martínez, Paola Andrea, autora IV. Rosero Delgado, María José, autor V. Gómez Rosero, Álvaro Hugo, autor VI. Rosero Arcos, Víctor Hugo, autor VII. Moreno Montenegro, Norma Viviana, autora VIII. Córdoba Moran, María Alejandra, autora IX. Luna Arroyo, Yaneth Biviana, autora

CDD: 362.196650986158 ed. 23 CO-BoBN– a1138417



Título del libro: *Migración venezolana: una prioridad para la salud pública, desde un enfoque de género y derechos humanos*

e-ISBN: 978-628-7548-39-8
DOI: https://doi.org/10.31948/editorialunimar.192
Formato: 18 x 26 cm – Digital
Páginas: 102
Año: 2024

Pares Evaluadores

Dra. **Naydú Acosta Ramírez**
Universidad Santiago de Cali, Colombia

Mag. **Mercedes Benavides Portilla**
Universidad Santiago de Cali, Colombia

Editorial UNIMAR

Luz Elida Vera Hernández
Coordinadora Editorial UNIMAR

Ana Cristina Chavez López
Corrección de Estilo

Santiago Lasso Riascos
Diseño y Diagramación

Correspondencia:

Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34 – 104

Tel: 6027244460 - Ext. 185

E-mail: editorialunimar@umariana.edu.co

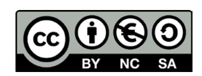
Depósito Digital

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5 - 60 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Hna. Elisabeth Guerrero N. f.m.i. Calle 18 No. 34 - 104 Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

Disponible en: http://editorial.umariana.edu.co/libros

Cítese como: Chavez-Martínez, J. L., Basante-Castro, Y., Chaves-Pianda, D. M., Gaviria-Martínez, P. A., Rosero-Delgado, M. J., Gómez-Rosero, Á. H., Rosero-Arcos, V. H., Moreno-Montenegro, N. V., Córdoba-Moran, M. A. y Luna-Arroyo, J V. (2024). *Migración venezolana: una prioridad para la salud pública, desde un enfoque de género y derechos humanos.* Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.192


BY NC SA

Dedicatoria

A todas las mujeres migrantes, madres de familia, emprendedoras y luchadoras:

Quiero dedicar estas palabras llenas de admiración y respeto a cada una de ustedes. Vuestra valentía y determinación son inspiradoras y vuestro coraje nos enseña a enfrentar los desafíos con una fortaleza inquebrantable.

Como migrantes, han dejado atrás su hogar y su familiar para buscar una vida mejor, enfrentando obstáculos desconocidos y superando barreras culturales y lingüísticas. Han enfrentado miedos y dudas, pero han perseverado con una fuerza inigualable, recordando siempre el objetivo de brindar un futuro prometedor a sus seres queridos.

Como madres de familia, han sido el pilar y el sostén de vuestros hogares. Han cuidado y protegido a sus hijos, inculcándoles valores y enseñándoles el amor y la importancia del esfuerzo. Han sacrificado su tiempo y sus propios sueños para asegurarse de que sus seres queridos tengan las oportunidades que merecen.

Como emprendedoras, han demostrado una creatividad y una visión extraordinaria. Han convertido ideas en realidad, enfrentando los desafíos económicos y legales con determinación. Han construido negocios prósperos, generando empleo y contribuyendo al crecimiento de las comunidades en las que residen.

Como luchadoras, han desafiado los estereotipos y han demostrado que las mujeres pueden lograr cualquier cosa que se propongan. Han superado las barreras impuestas por la sociedad, derribando prejuicios y abriendo caminos para las generaciones futuras. Vuestra valentía y resistencia son ejemplos de empoderamiento para todas las mujeres del mundo.

En cada paso que han dado han dejado una huella imborrable. Vuestra fuerza y resiliencia son un recordatorio constante de que no hay límites para lo que pueden lograr. Vuestra historia es un testimonio de que el amor, la determinación y el coraje pueden superar cualquier adversidad.

A todas las mujeres migrantes, madres de familia, emprendedoras y luchadoras, les dedico mi admiración y gratitud. Vuestra presencia en nuestras comunidades enriquece nuestras vidas y nos enseña el verdadero significado de la perseverancia y el amor incondicional.

¡Sigamos adelante, rompiendo barreras y construyendo un mundo más inclusivo y equitativo para todas!

Con profundo respeto y admiración,

Equipo de Investigación

Agradecimientos

Profundos a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta investigación sobre "Conocimientos y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en Migrantes Mujeres Venezolanas". Su valioso apoyo y colaboración han sido fundamentales para el éxito de este proyecto.

En primer lugar, a la Universidad Mariana por su respaldo y por brindarnos el espacio y los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación. Su compromiso con la excelencia académica y la promoción de la investigación científica ha sido importante para el desarrollo de este estudio.

Nuestro reconocimiento a Heartland Alliance International, una organización comprometida con la defensa de los derechos humanos y la protección de los migrantes. Su crucial aporte técnico y talento humano fueron valiosos para la realización de esta investigación.

Especialmente, a la Asociación de Venezolanos en Nariño (ASOVENAR) y a las mujeres líderes independientes, por su colaboración activa en el proceso de investigación. Su compromiso con la comunidad migrante venezolana y su invaluable experiencia en el terreno fueron fundamentales para el diseño y la implementación de este estudio.

Además, a la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), por cuanto su apoyo en la formación a partir de su experiencia y conocimientos en materia de protección y asistencia a los refugiados ha enriquecido significativamente este estudio.

Queremos reconocer y agradecer a todas las mujeres migrantes venezolanas que participaron en esta investigación, compartiendo generosamente sus experiencias y conocimientos. Su valiosa contribución ha permitido comprender mejor las necesidades y desafíos en salud sexual y reproductiva a los que se enfrentan, y nos ha inspirado a seguir trabajando por su bienestar y empoderamiento.

Por último, a todos los profesionales de la salud y expertos que brindaron su tiempo y conocimientos para enriquecer esta investigación. Su asesoría y orientación fueron de gran valor para el desarrollo de este estudio.

Este proyecto no habría sido posible sin la dedicación y el compromiso de todas las personas e instituciones mencionadas. Sus contribuciones han dejado una huella duradera en este trabajo y esperamos que sus resultados puedan generar un impacto positivo en las políticas y programas de salud para las mujeres migrantes venezolanas.

Con gratitud.

Equipo de investigación

Contenido

Índice de Tablas

Índice de Figuras

Prólogo

Es un honor y un privilegio presentar este libro de investigación titulado "Migración Venezolana: Una Prioridad para la Salud Pública". En estas páginas se aborda de manera profunda y exhaustiva una temática de vital importancia: la migración de mujeres venezolanas y su impacto en diversos aspectos de la salud pública.

La migración es un fenómeno complejo que afecta a millones de personas en todo el mundo y, en el caso particular de las mujeres venezolanas, se presenta como un desafío crucial para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos humanos. Esta obra se enfoca en explorar cómo la migración afecta la salud sexual y reproductiva, la salud mental, los conocimientos y prácticas relacionadas con la salud, la gestión del riesgo, la educación y el empoderamiento.

El enfoque de género es fundamental para comprender la realidad de las mujeres migrantes, ya que enfrentan desafíos y vulnerabilidades específicas. A través de una rigurosa investigación, se analiza las diversas dimensiones de la salud pública en el contexto de la migración y, se busca proporcionar un marco sólido para la formulación de políticas y programas efectivos que aborden las necesidades y preocupaciones de esta población.

En primer lugar, se examina la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas, destacando la importancia de garantizar el acceso a servicios de planificación familiar, atención prenatal y salud materna. También se aborda las barreras que enfrentan en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como las consecuencias de la migración en su salud reproductiva.

Además, se ahonda en la salud mental de estas mujeres, considerando los factores de estrés y trauma asociados a la migración forzada. Se explora las necesidades de atención psicológica y se propone estrategias para promover el bienestar mental y emocional de las mujeres migrantes.

Asimismo, se examina los conocimientos y prácticas relacionados con la salud, identificando brechas en la información y la educación en materia de salud pública. Se destaca la importancia de promover la educación y la capacitación en salud para empoderar a las mujeres migrantes y fortalecer su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

La gestión del riesgo es otro aspecto relevante que se aborda en este libro. Se analiza los desafíos en materia de salud pública en el contexto de la migración, incluyendo la prevención de enfermedades, la respuesta a emergencias sanitarias y la promoción de entornos saludables y seguros.

Por último, se explora el papel de la educación y el empoderamiento como herramientas clave para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres migrantes venezolanas. Se resalta la importancia de brindar oportunidades educativas y fomentar el empoderamiento económico y social, reconociendo el potencial transformador que esto conlleva.

Este libro es el resultado de una investigación comprometida y exhaustiva, llevada a cabo por un equipo de expertos y profesionales dedicados a la salud pública y los derechos humanos y la educación. Su contenido proporciona una base sólida de conocimientos, análisis y recomendaciones para abordar los desafíos y oportunidades que la migración de mujeres venezolanas plantea para ser mitigadas en los contextos similares en Latinoamérica.

Equipo de Investigación

Introducción

En diversos países de América latina, incluyendo Colombia, se viene presentando el fenómeno social del desplazamiento, el cual genera dinámicas migratorias y causa un problema complejo en cada uno de los lugares a los que los migrantes llegan. Por lo general, en especial la población venezolana, vive situaciones muy difíciles debido a las circunstancias que no le permiten vivir en condiciones dignas en medio de la situación que atraviesa, debido en gran parte a circunstancias políticas, económicas, sociales y culturales que han causado su afectación a nivel físico y psicológico, dejando secuelas profundas en su proyecto personal.

De lo anterior surge el libro como resultado de la investigación, titulada 'Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto', a partir del cual se analizó una de las problemáticas que mayor impacto ha generado en las migrantes venezolanos, planteándose la necesidad de indagar la difícil situación que atraviesan estas personas en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva y su incidencia en su calidad de vida.

Cabe señalar que el perfil epidemiológico de la población migrante venezolana residente en Colombia permite evidenciar graves problemas de salud pública asociados a la salud sexual y reproductiva, puesto que en esta población se ha presentado un comportamiento negativo en indicadores de impacto, registrándose una alta razón de muerte materna y morbilidad materna extrema, así como una alta incidencia de sífilis gestacional, alta proporción de parto pretérmino y un alto porcentaje de bajo peso al nacer.

La mayoría de los anteriores eventos sucedieron en mujeres sin aseguramiento al sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a), reflejando necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva (SSR) y la necesidad de desarrollar investigaciones que aborden la experiencia migratoria, teniendo en cuenta el factor psicosocial y la atención en salud, con énfasis en la SSR, siendo primordial, analizar los conocimientos y prácticas de esta población en este componente, permitiendo visibilizar sus experiencias y necesidades y, de esta manera, incidir en los diferentes sectores y actores sobre la importancia de adoptar medidas adecuadas para hacer frente a la crisis migratoria en las mujeres, con un enfoque de derechos humanos y de género, que incluya una política pública específica y diferencial en SSR, dando respuesta a las necesidades, vulnerabilidades y riesgos que enfrentan.



Foto comunicaciones Universidad Mariana

"Nadie debería arriesgar su vida por volver a comenzar"

Mujer migrante venezolana

Taller de intervención Pasto - Nariño

Capítulo 1

Contexto de la población migrante: una lectura a los derechos sexuales y reproductivos en el marco de las migraciones

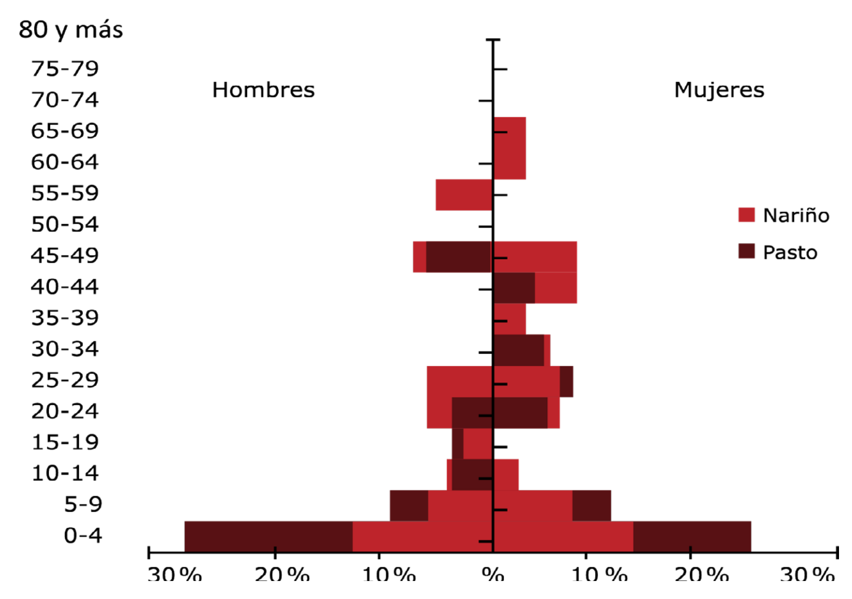
La investigación se desarrolló en el municipio de San Juan de Pasto, departamento de Nariño, el cual se encuentra en el sur occidente de Colombia, en medio de la Cordillera de los Andes en el macizo montañoso denominado Nudo de los Pastos; la ciudad está situada en el denominado Valle de Atríz, al pie del volcán Galeras, con una extensión de 1.181 km², de los cuales 26,4 km² corresponden al área urbana (Alcaldía de Pasto, 2020).

Para el año 2018 el municipio contaba con 455.678 millones de habitantes. Con relación al año 2021, más de 14.500 venezolanos vivían en Nariño, de los cuales Pasto concentra el mayor por centaje, correspondiente al 45 % del total de esta población, lo que es equivalente a 6.302 personas. Así, Nariño ocupa el puesto 17 entre 32 departamentos respecto al número de venezolanos que habitan en el país (Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios [OCHA], 2021).

El crecimiento demográfico del municipio de Pasto, al igual que en el resto del país, depende de factores como nacimientos, defunciones y de la migración tanto interna como externa. De acuerdo con la pirámide de población extranjera, para el año 2017 en el municipio, este fenómeno migratorio no fue tan masivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017); sin embargo, independientemente del tamaño de estos procesos, esta situación implica que una región debe tener una buena capacidad resolutiva en los sectores de salud, educación, vivienda y fuentes de trabajo, toda vez que estas experiencias afectan la dinámica económica y social de las comunidades.

Figura 1

Pirámide de la población extranjera Nariño - municipio de Pasto 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017).

La pirámide de la población migrante en el municipio de Pasto en 2017 no tiene una forma claramente definida, aunque sí presenta una leve tendencia a ser de tipo expansiva, siendo más ancha en la base frente a los grupos superiores que se van reduciendo, lo cual indica una estructura de la población extranjera eminente joven y con perspectivas de crecimiento.

Como se puede observar en la Figura 1, la mayor cantidad de población se concentra en edades entre 0 y 9 años, con un porcentaje más alto de hombres que de mujeres. Por otra parte, la pirámide muestra una base ancha en el grupo de edad de 0-4 años y solo llega hasta el grupo de edad de 45-49 años, sin representación de migrantes en las edades de 35 a 39 años, lo que indica que esta población es relativamente joven, representada principalmente en niños, niñas, jóvenes y adolescentes en edad escolar, situación que exige al sector educativo, un inminente incremento en los cupos para su ingreso a las instituciones educativas del municipio. Llama la atención que, en los grupos de 10-14 y de 15-19 años la población está representada únicamente por hombres; sin embargo, la población de 25 a 34 años está constituida solo por mujeres.

Dentro de las cifras que es importante tomar en cuenta, está la referente a las atenciones en salud que ha recibido esta población. Durante el año 2017, en el municipio de Pasto se prestaron los siguientes servicios sanitarios a migrantes: al 77 %, procedimientos quirúrgicos; 71 %, hospitalización, y 67 %, servicios de urgencias (Alcaldía de Pasto, 2020).

1.1. Descripción del Problema

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2022) la migración se intensificó en los últimos años como un fenómeno masivo, especialmente en los países de América central hacia América del Norte y, de Venezuela hacia los países de América del Sur y el Caribe. Uno de los países más afectados por la crisis migratoria es Venezuela, siendo el segundo país del mundo con mayor cantidad de personas migrantes y refugiadas, superado solamente por Siria.

Cifras a nivel mundial reflejan esta situación encontrando que, para el año 2022, un total de 6.805.209 de venezolanos enfrentan esta situación en el mundo, concentrándose 5.745.664 en Latinoamérica y el Caribe (Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, R4V, 2023), principalmente en Colombia: 2.477.588; Perú: 1.286.464; Ecuador: 502.214; Argentina: 171.050; México: 82.976; Aruba: 17.000; y, Curasao: 17.000, mientras que, fuera de la región, los países que han recibido mayor flujo migratorio de personas venezolanas son: Estados Unidos: 462.200; España: 415.000; e, Italia: 59.400. Cabe anotar que la cifra de personas en movilidad puede ser mucho más alta que la proporcionada por los registros oficiales, haciendo más difícil conocer las verdaderas dimensiones y características de este fenómeno. Es primordial resaltar que la población de mujeres en esta situación a nivel mundial tiene una importante representación, encontrando que el total de migrantes representa el 53,65 % (R4V, 2023).

Así, Colombia evidencia el siguiente comportamiento en la regularización migratoria: 333.806 personas están en el territorio en condición de regulares; 1.231.675 se benefician del Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos; 617.069 están autorizados y, 295.038 en condición de irregulares. También se resalta una cifra significativa correspondiente a las mujeres migrantes venezolanas, dado que representan el 51 % (1.268.669), en comparación con el 49 % correspondiente a los hombres (1.208.367). Estas cifras reflejan que Colombia tiene una gran reto y responsabilidad frente a ellas, quienes llegan al país bajo condiciones bastante vulnerables que las hicieron salir de su país de origen (Observatorio Venezolano de Migración, OVM, 2021).

En el territorio nacional, uno de los departamentos con mayor flujo migratorio de venezolanos es Nariño, el cual registra el 0,77 % (19.069) del total del país, concentrándose esta población principalmente en el municipio de Pasto, con el 36 % (6.913). Esta situación implica que el municipio debe contar con capacidad resolutiva en los sectores de salud, educación, vivienda y fuentes de trabajo, dado que estos fenómenos representan una afectación económica y social, si no se les da un abordaje adecuado. Así mismo, la estructura de la población extranjera en el municipio indica que la población migrante es relativamente joven, con perspectivas de crecimiento, con un porcentaje más alto en hombres que env mujeres (OCHA, 2021).

Figura 2

Distribución de la población migrante venezolana

Mundo	América Latina	Colombia	Nariño	Pasto
6.805.209 Venezolanos migrantes	7.745.664 Venezolanos migrantes	2.477.588 Venezolanos migrantes	19.069 Venezolanos migrantes	6.913 Venezolanos migrantes

Según el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), Colombia ha logrado garantizar una afiliación de 1.022.992 migrantes venezolanos, de los cuales 535.494 son mujeres y 487.498 hombres, en tanto que para el departamento de Nariño se ha logrado una afiliación de 12.030 venezolanos, de los cuales 6.302 son mujeres y 5.728 hombres, mientras que en el municipio de Pasto se ha logrado el aseguramiento en salud de 2.361 mujeres y 2.201 hombres. Sin embargo, es preciso anotar que la garantía al acceso de los servicios sanitarios de esta población sigue siendo un gran reto, en pro de lograr su cobertura efectiva para el goce de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), dado que existe una gran cantidad de migrantes dentro del municipio de Pasto en condición de irregular, siendo esta la principal barrera para gozar plenamente del acceso al sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a).

Este contexto ha dejado en evidencia la presencia de los diversos problemas que tiene esta población para mantener su salud y bienestar, entre los cuales están los relacionados con la SSR (Martínez-Pizarro, 2008). Para dar un adecuado manejo a esta situación, es fundamental que a nivel mundial se garantice una migración segura, ordenada y regular, abordando los factores situacionales que ponen a los migrantes en situaciones de vulnerabilidad.

En el contexto migratorio, los DSR tienen una alta vulnerabilidad por las dificultades en el acceso a diferentes determinantes sociales, principalmente los relacionados con: vivienda, alimentación, salud, protección y empleo, aspectos que afectan directamente la SSR de esta población, especialmente de las mujeres. Investigaciones de otros países reflejan que la condición de ser migrantes afecta los indicadores de calidad en el país que acoge a estas personas, presentando una grave vulneración de los derechos humanos a quienes hacen parte de estos procesos (Irons, 2021).

Por tanto, garantizar a las mujeres migrantes el acceso integral a los servicios sanitarios, se convierte en un gran desafío para la SSR, incluyendo la información y educación en este componente; es necesario aunar esfuerzos desde todos los sectores, con el fin de dar una respuesta efectiva a las necesidades en salud que enfrenta esta población.

Al realizar un análisis al perfil epidemiológico de la población migrante venezolana, se evidencia graves problemas de salud pública asociados a la SSR: para el año 2021 en Colombia se registró una razón de muerte materna de 73,74 por 100.000 nacidos vivos, representada en 45 casos; este indicador se registra para Nariño en 211,42 por 100.000 nacidos vivos (un caso) y, para el municipio de Pasto, en 826,45 por 100.000 nacidos vivos. Cabe anotar que la muerte registrada en el municipio de Pasto correspondió a mujer venezolana sin afiliación al sistema de salud. Considerando indicadores del año 2020, se observa una razón de morbilidad materna extrema de migrantes a nivel país de 43,11 por 1.000 nacidos vivos correspondiente a 2.582 casos; para Nariño fue de 35,25 por 1000 nacidos vivos (27 casos); en tanto que para Pasto fue de 39,8 por 1.000 nacidos vivos (8 casos). Respecto a la incidencia de sífilis gestacional, se registró en 38,89 por 1.000 nacidos vivos (2.329 casos); para Nariño en 55,66 por 1.000 nacidos vivos (30 casos) y, para Pasto en 59,70 por 1.000 nacidos vivos (12 casos) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b).

En correspondencia a la proporción de nacidos vivos pretérmino, hubo 5.536 casos, de los cuales 48 casos fueron registrados en Nariño, en tanto que para Pasto fueron 24 casos. La proporción de partos por cesárea a nivel país fue de 33,63 % (20.141 casos); en Nariño, 37,11 % (200 casos) y, en Pasto de 36,82 % (74 casos). La proporción de bajo peso al nacer a nivel país fue de 92 por 1.000 nacidos vivos (5.490 casos); en Nariño de 72,36 por 1.000 nacidos vivos (39 casos); y, en Pasto de 99,5 por 1.000 nacidos vivos (20 casos) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b).

Cabe anotar que la mayoría de los casos de eventos de interés en salud pública mencionados, se dio en mujeres migrantes venezolanas, quienes al momento de la ocurrencia del evento no contaban con afiliación al sistema general de seguridad social en Colombia.

Es claro que las complicaciones en SSR de las mujeres están asociadas a la falta de acceso y a demoras en la calidad de los servicios de salud, a los cuales se suma la presencia de determinantes sociales, principalmente los relacionados con educación y acceso a la información, pobreza y, en general, a condiciones socioculturales desfavorables que generan vulnerabilidades, especialmente a las mujeres en un contexto migratorio (Miranda et al., 2020).

La mortalidad materna está relacionada con factores como el acceso y la calidad en la atención de los servicios de salud, nivel de educación y acceso a información, así como con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables que crean necesidades y vulnerabilidades.

Otros indicadores revelan los esfuerzos que realiza Colombia por garantizar DSR a las mujeres migrantes venezolanas; un ejemplo de esto es el número de atenciones en planificación familiar, el cual para el

año 2021 registró un total de 46.531 a nivel nacional, 889 en Nariño y 456 en Pasto. Para el mismo año se evidencia una importante atención de casos de VIH, registrando una atención a nivel país de 6.261; en Nariño once casos, de los cuales cuatro fueron en el municipio de Pasto. Igualmente, se garantizó la atención de 1.109 casos de sífilis a nivel país, siete casos en Nariño, de los cuales cinco fueron en Pasto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b).

La información presentada refleja la presencia de grandes necesidades insatisfechas en este componente, así como la insuficiencia de una política pública de intervención efectiva, con enfoque al abordaje del riesgo en salud, que responda a las principales deficiencias en materia de SSR, favoreciendo el impacto positivo a los indicadores de esta dimensión.

Es clara la existencia de graves problemas en materia de salud pública dentro de la población migrante venezolana; muchos de ellos, asociados a la SSR; esta es una población que llega a Colombia con múltiples necesidades insatisfechas, las cuales crean dinámicas que afectan de forma directa sus DSR:

> Especialmente en las mujeres, las niñas y los niños. Esto se refleja en el aumento de la violencia sexual, la limitada disponibilidad de métodos anticonceptivos, un mayor número de embarazos no deseados, incremento de las tasas de abortos inseguros y de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otras. (Profamilia – Colombia e IPPF, 2019, p. 15)

Lo anterior, como consecuencia de no tener un acceso efectivo y suficiente a servicios de promoción y prevención, que hace que, a diario, los migrantes enfrenten numerosas dificultades para acceder a servicios de SSR, asociadas a múltiples determinantes sociales que vulneran sus derechos.

De esta manera, para enfrentar la problemática que viven las mujeres migrantes venezolanas, se hace necesaria la garantía efectiva al acceso a los servicios de salud, para lo cual se requiere desarrollar investigaciones que aborden la experiencia migratoria, teniendo en cuenta el factor psicosocial y la atención en salud, con énfasis en la SSR, para lo cual se hace primordial analizar los conocimientos y prácticas de esta población en este componente, facilitando visualizar sus experiencias y sus necesidades en este campo, para generar conciencia en los diferentes sectores y actores sobre la importancia de adoptar medidas adecuadas para hacer frente a la crisis migratoria en las mujeres, con un enfoque de derechos humanos y de género que incluya una política pública específica y diferencial en SSR, que dé respuesta a las necesidades, vulnerabilidades y riesgos que enfrentan.

Por tanto, la SSR, así como los derechos de las mujeres migrantes, debe estar en el centro de las acciones y presupuestos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

(PNSDSDR), como una responsabilidad social y civil ante un grupo poblacional que presenta altos riesgos de morbimortalidad. Esto solo será posible con una intervención intersectorial, mediante la adopción e implementación de una atención en salud basada en las necesidades, identidades y circunstancias específicas de las mujeres migrantes, en particular en tiempos de profunda desigualdad y discriminación social (Maldonado et al., 2018).

En el municipio de Pasto, pese a que hay una importante presencia de migrantes venezolanos, se carece de estudios que permitan identificar las dificultades a las cuales se encuentra expuesta esta población, especialmente las mujeres, haciendo difícil realizar una intervención efectiva basada en la evidencia, que contribuya a mitigar los problemas presentados.

La actual investigación se enfocó en analizar los conocimientos y prácticas en SSR de las mujeres migrantes venezolanas que residen en el municipio de Pasto, logrando reconocer las dificultades que enfrentan, reflejadas en la necesidad de garantizarles una intervención intersectorial, con el fin de contribuir a disminuir el riesgo en salud y a mejorar su calidad de vida. De igual manera, esta investigación se convierte en un referente muy importante para incidir en políticas públicas en SSR, atendiendo a la población migrante, especialmente en el departamento de Nariño, para lo cual se planteó la siguiente pregunta problema, a partir de la cual se desarrolló el estudio: ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto, año 2022?

1.2. Justificación

La migración a nivel mundial es una problemática que afecta la salud pública y que desencadena una crisis humanitaria, en la que se ven vulnerados los derechos humanos, especialmente los DSR de los migrantes. Venezuela es uno de los países con más alto índice de migración secundario a la crisis política, económica y social que presenta (Cancillería de Colombia, 2018).

Es fundamental resaltar que los DSR hacen parte integral de los derechos humanos de todas las personas; por ello, tanto a nivel internacional, como nacional y regional, se ha creado diferentes políticas públicas que buscan lograr su garantía y, dictar directrices y acciones para orientar el abordaje de la crisis migratoria, de suerte que las adaptaciones sean pertinentes a las condiciones particulares de esta población, garantizando su acogida y adecuada asistencia humanitaria.

En Colombia, la política nacional de sexualidad busca proteger los DSR, pretendiendo evitar enfermedades, mortalidades y otras vulnerabilidades en las mujeres, como parte fundamental del derecho universal a la salud y que, como tales, deben ser asequibles para todos, sin distinción alguna (Bastidas-Terán, 2021). No obstante, pese a las diferentes políticas

públicas de orden internacional, nacional, departamental y local creadas para enfrentar la crisis migratoria venezolana con las cuales se procura dar respuesta a sus diferentes necesidades, aún hoy en día existe una alta vulnerabilidad de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en esta población.

Otro aspecto a resaltar es que, pese al alto fenómeno migratorio de mujeres venezolanas, escasos estudios permiten visibilizar las necesidades insatisfechas en SSR, reflejando la importancia de desarrollar este tipo de estudios, que aborden esta dimensión desde la experiencia migratoria, partiendo de la relevancia de analizar los conocimientos y prácticas de esta población respecto a este tema, facilitando visibilizar tanto sus experiencias, como sus principales necesidades.

Dada la normatividad que ampara al migrante, el alto flujo migratorio de mujeres venezolanas y la carencia de estudios en SSR en este contexto, se desarrolló la presente investigación para analizar los conocimientos y prácticas en SSR en mujeres migrantes venezolanas, aportando conocimiento consistente, con evidencias confiables para su divulgación, dando herramientas a los actores y tomadores de decisiones del sistema de salud y de otros sectores, quienes tienen la facultad de contribuir a dar respuesta a las necesidades que presenta esta población altamente vulnerable, mediante la formulación de programas, intervenciones y proyectos encaminados a desarrollar políticas de salud pública basadas en los principios de equidad, solidaridad y justicia social, con enfoque de derechos humanos y de género, que impacten positivamente a esta población, contrarrestando los efectos de los determinantes sociales y dando respuesta a las principales necesidades en SSR.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto, año 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto.
2. Determinar los conocimientos y prácticas en salud sexual en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto.
3. Determinar los conocimientos y prácticas en salud reproductiva en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto.

1.4. La migración venezolana desde el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos

La migración es un fenómeno global que se está incrementando a lo largo del tiempo, generado porque un número considerable de personas deciden dejar su país de origen con el fin de buscar mejores condiciones de vida en diferentes lugares del mundo. Una de las razones que influye en este flagelo es la falta de oportunidades en los ámbitos laborales, sociales y culturales en los territorios; de ahí que los gobiernos deben implementar políticas que coadyuven a mitigar este flujo migratorio que atenta con los derechos humanos de las personas.

De este modo, es esencial que se atienda esta problemática desde las diferentes esferas sociales, con el fin de proteger los derechos de estas personas. Un derecho fundamental que se vulnera en la población migrante es el derecho a la salud, en especial de la mujer, el goce efectivo de los DSR; por tanto, es importante vislumbrar el marco legal que es aplicable a la población migrante en lo referente a estos derechos.

1.4.1. Normatividad en salud pública, salud sexual y reproductiva en el contexto migratorio

Los DSR hacen parte integral de los derechos humanos de todas las personas; por ello, desde los niveles internacional, nacional y regional, se ha establecido diferentes políticas públicas para garantizarlos, centradas en las directrices y acciones que orientan cómo enfrentar la crisis migratoria y, así, dar acogida a los migrantes para hacer las adaptaciones más pertinentes a sus condiciones particulares, dando asistencia humanitaria a esta población.

El sistema de cooperación internacional y el Ministerio de Salud y Protección Social han adoptado políticas públicas y normas que han permitido:

1. Viabilizar la atención de urgencias para el caso de los migrantes en situación irregular.
2. Acceder al aseguramiento de una parte de esta población de acuerdo con su estatus migratorio.
3. Fortalecer la gestión de la salud pública en las entidades territoriales más afectadas.

1.4.2. Normatividad a nivel internacional

La salud sexual y reproductiva se enmarca en los objetivos de desarrollo sostenible en su componente de salud y bienestar para el año 2030, donde se plantea garantizar el acceso universal a los servicios de SSR, incluidos los de planificación familiar, información y educación de la salud reproductiva, así como también, eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación (Naciones Unidas, 2015).

Salvaguardando estos derechos, también se encuentra la protección de los DSR desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948), el Pacto internacional de Derechos civiles y políticos (Naciones Unidas, 1966a), el Pacto de Derechos Económicos y Sociales (Naciones Unidas, 1966b), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Naciones Unidas, 1981), la Declaración y Programa de Acción de Viena (Naciones Unidas, 1993), el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (Naciones Unidas, 1999), el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Naciones Unidas, 1995) y, el Convenio de Estambul (Council of Europe, s.f.), sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.

Todas estas reglamentaciones jurídicas están encaminadas a proteger los DSR de las personas migrantes a nivel internacional.

1.4.3. Normatividad a nivel nacional y regional

En este ámbito, la SSR goza de especial protección; es significativo mencionar que, desde la Constitución Política de Colombia (1991), en su artículo 49, se estipula el derecho a la salud, el cual estará a cargo del Estado, enmarcado en los derechos humanos de los cuales hacen parte integral los DSR. Igualmente, hay otros artículos básicos que se deben tener en cuenta, como el artículo 13, que refiere: "todas las personas nacen libres e iguales ante la ley"; el artículo 15, que habla sobre el derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas; el artículo 16, sobre el derecho al libre desarrollo de la personalidad, y el artículo 42, sobre el derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos.

Desde la constitución política de Colombia, que es el horizonte que enmarca las reglamentaciones jurídicas, se tiene también la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dicta otras disposiciones; se resalta el libro 2, el cual contiene la regulación en cuanto a la prestación de servicios de salud. También se tiene las modificaciones que se le ha realizado al capítulo 2, bajo las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y, la ley estatutaria de salud 1751 de 2015, que marca un hito en la protección del derecho a la salud, puesto que lo estipula como derecho fundamental.

Asimismo, se cuenta con la Ley 715 de 2001, normatividad que protege la salud pública y garantiza la viabilidad de los recursos financieros para el desarrollo de planes, programas y proyectos, garantizando el goce efectivo de los DSR.

Se ha emanado resoluciones en cuanto a promoción y mantenimiento de la salud, como: la 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud; y, la 3280 de 2018, por cual se adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta

Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal y, se establece las directrices para su operación.

1.5. Marco legal para la protección de la mujer migrante venezolana

1.5.1. Normatividad en el contexto migratorio

La política migratoria cuenta con diversos instrumentos, tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Entre los principales instrumentos internacionales se encuentra el Convenio sobre Cooperación Internacional en Materia de Asistencia Administrativa a los Refugiados (Agencia de la ONU para los Refugiados [UNHCR – ACNUR], 1985), la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (Naciones Unidas, 1990), la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU 1999/44 (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f.), que incluye los derechos humanos de los migrantes, el Protocolo de Palermo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente de Mujeres y Menores (2000), el Protocolo Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire (UNHCR – ACNUR, 2000), el Reglamento sanitario internacional de 2005 (Organización Mundial de la Salud, 2016) y, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2013).

A nivel nacional y regional hay reglamentación que protege la migración venezolana, enmarcada en la Constitución Política de Colombia, donde establece que “los extranjeros disfrutarán de los mismos derechos civiles que tienen los colombianos” (Art. 100). Respetando esta normativa, se expide diferentes normativas como el CONPES 3950 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2018), donde se identifica las rutas de atención integral para la población migrante procedente de Venezuela y, se fortalece la institucionalidad existente para su atención, el Decreto 1770 de 2015 que declara el estado de emergencia económica, social y ecológica nacional durante 30 días, el Decreto 1771 de 2015 que levanta algunas restricciones legales existentes para incluir a las personas afectadas por la situación en la frontera colombo-venezolana en los registros de datos de programas sociales y, la Resolución 5797 de 2017 que crea un permiso especial de permanencia en el territorio colombiano para venezolanos.

De ese modo, por medio del Decreto 542 de 2018, se crea el registro administrativo de migrantes venezolanos (RAMV), insumo básico para el diseño de una política integral de atención humanitaria. Para darle vida a esta reglamentación se expide el Decreto 1288 de 2018, que adopta medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el RAMV a la oferta institucional y, establece medidas específicas para la atención del retorno de colombianos. En convenios internacionales, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) acompaña a

la población migrante en atención integral en el cuidado de la salud mental; para ello se fortalece de las dotaciones de clínicas y hospitales, para brindar una atención con calidad.

También, se ha promulgado resoluciones y circulares entre las cuales, de parte del Ministerio de Salud y Protección Social, están: Resolución 3015 de 2017 que designa el permiso especial de permanencia (PEP), como documento válido para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las circulares 012 y 029 de 2017 que establecen el registro de atenciones en salud de extranjeros en todo el país, la Circular 025 de 2017 que fortalece las acciones de salud pública para responder a la migración de población proveniente de Venezuela, la Circular 040 de 2015 que proporciona los lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales, el *Plan de respuesta del sector salud para la atención al fenómeno migratorio de 2018*, que consta de tres componentes: a) gestión en salud pública, b) fortalecimiento de las atenciones en salud y, c) inanciamiento, monitoreo y evaluación, la Circular Externa No. 107 del 15 de mayo de 2019, suscrita por el director del Instituto Departamental de Salud de Nariño para aplicar las leyes vigentes en la prestación del servicio de salud para la población migrante que se encuentra en el territorio nariñense, el Decreto 0497 del 31 de diciembre de 2018. En el plano municipal de la ciudad de Pasto se ha creado la mesa de coordinación y atención a población migrante de Venezuela, para propender la protección y promoción de los derechos de estas personas, el *Plan territorial de salud municipio de Pasto 2020-2023* y el *Plan de desarrollo Pasto La gran capital 2020-2023* (Alcaldía de Pasto, 2020).

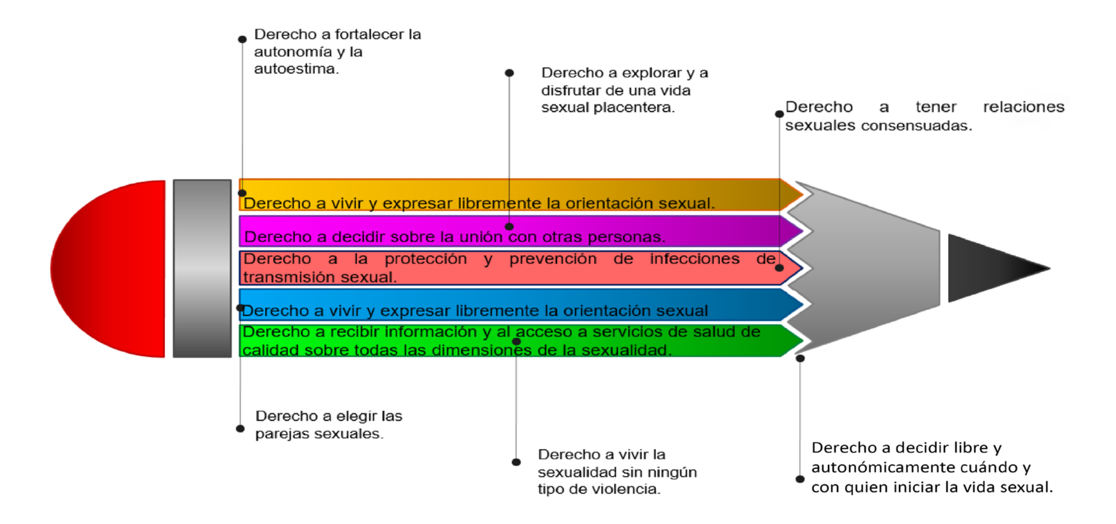
Si bien todas estas prerrogativas normativas para los migrantes coadyuva a cerrar brechas y permite que la población extranjera goce de los derechos como ciudadanos, respetando los derechos humanos, la institucionalidad y la burocracia no permiten avanzar hacia la materialización del goce efectivo de los mismos porque, a pesar de que se tiene una normatividad robusta en la protección, se sigue cometiendo infracciones que vulneran los derechos de la población migrante; de ahí que se debe orientar y acompañar a estos ciudadanos para que puedan hacer respetar sus derechos en el marco de la reglamentación vigente.

1.6. Derechos sexuales y reproductivos

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2022c), la sexualidad se considera una dimensión prioritaria en el curso de la vida de las personas. Se espera que su ejercicio se enmarque en la práctica de los derechos humanos y la garantía de los DSR.

Figura 3

Derechos sexuales

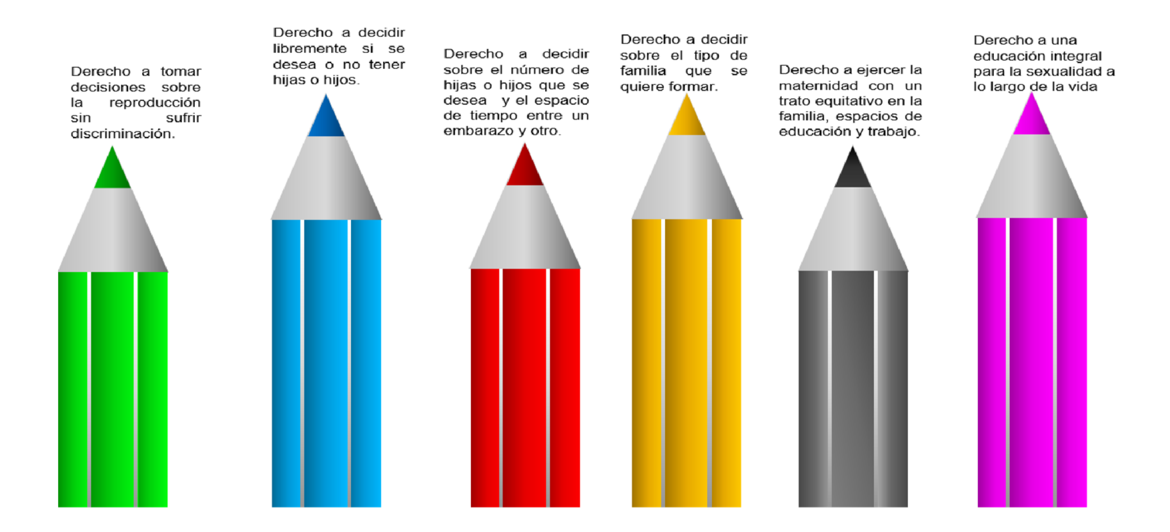


Conocer e identificar la información en cuanto a SSR es de vital importancia porque permite implementar estrategias para realizar intervenciones en la población. El modelo está dirigido a las instituciones de salud e instituciones sociales, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los DSR, además de identificar las dificultades existentes en la población y crear estrategias para intervenciones positivas. De este modo, es fundamental su promoción en la población migrante venezolana, para que puedan acceder a la prestación de servicios de salud sin ninguna restricción.

El modelo de atención integral en SSR tiene un modelo de atención y un modelo de gestión enfocado en la dimensión de sexualidad, los DSR dirigidos a la promoción y la prevención en salud pública.

Figura 4

Derechos reproductivos



La línea de promoción contiene atención en salud, acceso a servicios, educación y gestión del riesgo coordinado por grupos y estrategias para definir y establecer intervenciones dirigidas a la población en riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.); de este modo, la población migrante se puede beneficiar de estos lineamientos normativos, que permiten el goce efectivo de los DSR.

1.7. Salud sexual y reproductiva

La SSR se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los DSR.

La política nacional de SS R tiene como objetivo, mejorar y promover el ejercicio de los DSR de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas (Ministerio de la Protección Social, 2003).

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 define la importancia de la garantía del ejercicio de la sexualidad y de los DSR y, reconoce la autonomía sexual y reproductiva, definidas por la autodeterminación en la toma de decisiones, expresando que se puede aceptar, rechazar o ejercer opciones con relación a la sexualidad y a la reproducción desde un proceso contextualizado e interseccional, el cual se extiende durante el curso de vida y que, para que sea garantizado, depende de un proceso de toma de decisiones verdaderamente libre e informado y principalmente

determinado por los valores de la persona y las decisiones autónomas sobre su cuerpo y su proyecto de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022d).

En este orden de ideas, también se refiere al enfoque de género, donde se debe resaltar lo correspondiente a la sexualidad humana y la garantía de los DSR, los cuales responden a la reivindicación y al reconocimiento de que todas las personas son dueñas de su cuerpo y sexualidad y que, pueden decidir sobre la vida sexual y reproductiva sin presiones, ni coerciones:

> Son derechos que no se extinguen por el paso de los años y mantienen su vigencia en la vejez, salvo por las restricciones ocasionadas por los inevitables cambios biológicos y fisiológicos en el último momento del ciclo vital. El ejercicio igualitario de estos derechos se relaciona con la integridad, la dignidad humana y las responsabilidades compartidas. Los derechos sexuales son independientes de los reproductivos, y suponen decisiones con incidencia en la vida relacional de las personas, de las familias y de los colectivos. (p. 124)

El objetivo que tienen estos ejes estratégicos es generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los DSR de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas, a través de dos componentes: en primer lugar, con la promoción de los DSR y equidad de género y, en segundo lugar, con la prevención y atención integral en SSR desde un enfoque de derechos (Resolución Número 1841 de 2013).

Esta información conecta directamente con los conocimientos que se debe tener en cuenta en la población migrante y da un enfoque general acerca de la dimensión de SSR, para efectuar intervenciones y mejorar la calidad de vida de los migrantes, conociendo sus experiencias.

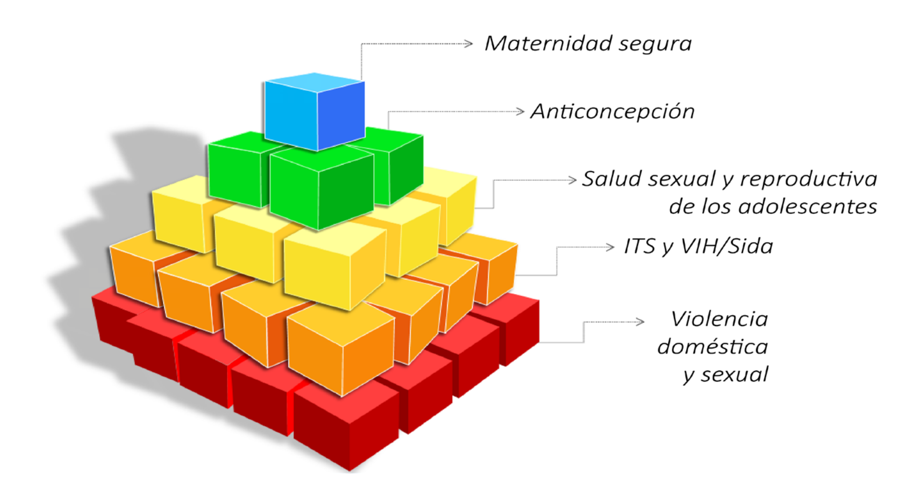
En la investigación realizada, la información que tienen los migrantes, especialmente las mujeres, acerca de conocimientos y prácticas en SSR, permite establecer e interpretar la realidad en la cual están viviendo; así mismo, obtener información precisa de los factores que desfavorecen y/o favorecen una buena SSR. Las prácticas sexuales inadecuadas exponen a los migrantes a enfermedades venéreas, embarazos no deseados, violencia sexual e intrafamiliar, abortos inseguros y, en ocasiones, abandono infantil.

De ahí que sea primordial enfocar la atención en salud a la población migrante, de acuerdo con las líneas en SSR, que es la ruta a seguir para una atención con calidad.

1.8. Líneas de acción de salud sexual y reproductiva

Figura 5

Líneas de salud sexual y reproductiva



1.9. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva

Los conocimientos y prácticas son primordiales para que la población migrante venezolana exija sus derechos en salud; los conocimientos son definidos como un conjunto de información en SSR, obtenida mediante la experiencia o el aprendizaje, siendo una "información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia" (Enciclopedia Significados, s.f., párr. 1).

Los conocimientos en SSR están en estrecha relación con el entorno sociocultural y, son generadores de prácticas que pueden ser positivas o negativas y repercutir de la misma manera en la salud de las comunidades; por tanto, es muy importante promover una educación para la vida, que brinde conocimientos que permitan que las personas puedan desarrollar habilidades para garantizar el bienestar sexual y reproductivo (Rengifo-Reina et al., 2012).

Conocer la información que maneja la población es esencial para identificar las necesidades en SSR a intervenir; por ello, el objetivo de esta investigación es saber qué piensan las mujeres migrantes venezolanas, poder conocer su cultura, sus experiencias y así, lograr retroalimentar los conocimientos de la población objeto, mediante una educación que responda a sus necesidades y promover buenas prácticas sexuales y reproductivas.

1.10. Prácticas en salud sexual y reproductiva

En cuanto a la práctica, se la define como el ejercicio de una actividad que se ejecuta de forma continua, en la que se adquiere una habilidad o experiencia (Bembibre, 2012). Se puede decir que una práctica en SSR es la aplicación de los conocimientos que posee una persona en esta dimensión.

Es de resaltar que en las prácticas de SSR es de gran relevancia un enfoque basado en los derechos humanos de la salud, el cual exige la participación de la población en las decisiones que afectan el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres, en particular su derecho a la salud, posibilitando el ejercicio efectivo de los derechos y ayudando a garantizar que la población posea los conocimientos y la capacidad para participar de su autocuidado (Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, s.f.).

Pueden existir prácticas de riesgo o protectoras, dependiendo de la interpretación de la información de cada persona y sus necesidades, debido a que se vive en una sociedad libre de expresión y cada uno puede desarrollar una personalidad diferente. Conocer y poder adoptar estas distintas formas de vida hace una sociedad más compleja, con una gran multiculturalidad; de allí la importancia del enfoque de derechos, para empoderar a las mujeres y hacer que sus conocimientos y prácticas en SSR favorezcan el goce efectivo de sus derechos.

1.11. Aproximación teórica y conceptual para la gestión de la salud sexual y reproductiva

1.11.1. Modelo holónico de la sexualidad

Para ello, es primordial considerar que, desde la aproximación teórica y conceptual, se debe estudiar diferentes aspectos que influyen en el goce efectivo de los DSR; por eso se cuenta con el modelo holónico de la sexualidad humana propuesto por Rubio-Aurioles (1994), quien atiende los aportes de la Teoría General de los Sistemas que planteó Ludwing von Bertalanffy en 1945. De acuerdo con este modelo, la sexualidad debe ser estudiada desde el punto de vista biológico, psicológico, cultural o social al mismo tiempo, ya que, necesariamente, unas influyen en las otras (ver Figura 6).

Figura 6

Modelo holónico de la sexualidad

Modelo holónico de la sexualidad



Holón de reproductividad
Capacidad humana de poder producir individuos que se asemejen en gran medida a sus progenitores (Rubio-Aurioles, 1994)

Holón de género
Rubio-Aurioles (1994) lo define como el sentido de pertenencia masculino o femenino presente en una persona sumado a sus características biológicas, psicológicas y sociales

Holón del erotismo
Para Rubio-Aurioles (1994), implica el uso de todos los "apetitos por mantener excitación sexual, la idea de excitación y la respuesta a nivel orgánica" se manifiestan de forma biológica, psicológica y social

Holón de vinculación afectiva
Rubio-Aurioles (1994) lo describe como la presencia y formación de aquellos afectos intensos ante la posible presencia, ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano específico, lo que la hace interpersonal y directa dentro de las relaciones sociales en un individuo

El modelo holónico de la sexualidad trae como consecuencia el análisis integral de la sexualidad. Cada uno de estos bloques recibe el nombre de holón, del griego (holos, todo), término utilizado en informática (Vargas y Palacios, 2020).

Para Rubio (1994, como se cita en Lamas, 2007), la sexualidad humana es el resultado de la interacción de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro subsistemas u holones sexuales: (I) reproductividad, (II) género, (III) erotismo y (IV) vinculación afectiva. La integración de estos cuatro holones es función de procesos mentales que brindan un significado, condicionado por aspectos socioculturales que dan un sentido a las experiencias subjetivas de posibilidad de reproducción, de pertenecer a un grupo según el sexo/género, del placer generado a partir del encuentro erótico-sexual y de la calidad de los vínculos afectivos.

En cada holón se puede realizar un respectivo análisis biológico, psicológico y/o sociológico de los mismos; de ahí la importancia de articular los aportes de una variedad de disciplinas científicas, como: psicología, sociología, biología, antropología, derecho, etc. (Rubio, como se cita en Moscoso-Loaiza y Díaz-Heredia, 2018). Asimismo, cada holón se desarrolla progresivamente de acuerdo con el ciclo evolutivo para que, en la edad adulta, todos estos se integren en un todo articulado mediante la significación sexual.

1.11.2. Modelo de gestión integral del riesgo en salud

El Ministerio de Salud y Protección Social (2015), en el comité ampliado, definió la gestión integral del riesgo en salud como "una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o, si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para mitigar o acortar su evolución y sus consecuencias" (p. 8).

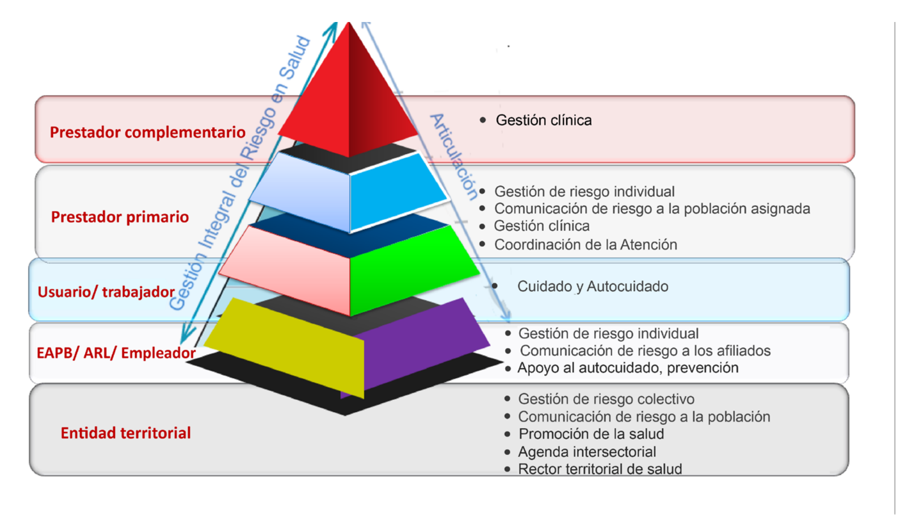
Para poder tener una gestión integral, todos los actores que están involucrados en las condiciones de salud de una población deben interactuar. Esto significa que, desde el individuo, hasta el ministerio, son responsables de mantener sana a la población. Dichas responsabilidades son delegadas según el rol que representen en la cadena del sistema de salud.

Es muy importante anotar que cada uno de nosotros es responsable también, de poder gestionar integralmente el riesgo; no se puede delegar la responsabilidad en uno solo de los actores del sistema.

En el año 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó la Política de Atención Integral en Salud denominada PAIS, la cual tiene como componente operativo, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en el cual se habla de la gestión integral del riesgo en salud como uno de los pilares fundamentales y, lo define como: "Estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos, para que no se presenten o, si se tienen, su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles" (p. 5). En este modelo se especifica los roles y responsabilidades de los diferentes actores que intervienen en la ruta de salud de una persona (ver Figura 7).

Figura 7

Modelo Gestión integral del riesgo en salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

Esta política recoge el concepto de gestión integral del riesgo en salud, luego de haber sido implementado en las áreas financieras y empresariales. Dicha gestión se puede entender en dos aspectos: uno organizacional, asociado con los aseguradores y prestadores; y otro individual, que se centra en el riesgo de las personas a sufrir algún evento de salud. En el ámbito organizacional se define la gestión de

riesgo empresarial como la evaluación de riesgos potenciales, que son consecuencia de las tomas de decisiones de las empresas según sus políticas, estrategias, entorno, entre otras. Estos riesgos han sido clasificados en sectores como el financiero y bancario, asegurador en general y salud, entre otros.

La gestión de riesgo individual en salud marca las acciones que se debe realizar para disminuir la probabilidad de que una persona presente un evento en salud, el cual puede ser enfermedad, accidente o muerte. Por esto, en el mundo existen sistemas de salud que se basan en prevención de enfermedades, especialmente en las más catastróficas y con una adecuada utilización de los recursos, para poder impactar los factores que hacen parte de los determinantes de salud promulgados por Lalonde (1974).

En este modelo se precisa dos focos fundamentales para la gestión del riesgo en salud: el primero tiene que ver con el riesgo individual de cada persona, en donde se evalúa los riesgos de tener una enfermedad y cómo se puede impactar para prevenirlas. El segundo es el riesgo que hay en la prestación de los servicios de salud, basados en la política de seguridad del paciente, con el fin de garantizar una atención libre de riesgos para la población. El primer escenario es responsabilidad, en primer lugar, de cada individuo, de los entes territoriales y los diferentes aseguradores y prestadores, mientras que el segundo es responsabilidad de los prestadores con la vigilancia de los entes territoriales (Jiménez, 2018).

Así, el modelo de gestión integral del riesgo en salud es importante para el presente estudio de investigación, pues desde la administración en salud mediante el liderazgo de procesos y equipos de trabajo, es primordial administrar y gestionar el riesgo en salud, para lograr la cobertura universal en salud y, facilitar el acceso, la oportunidad, continuidad e integridad de los servicios de salud, especialmente en temas de SSR desde la atención primaria, beneficiando a la población migrante en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la detección temprana y el tratamiento oportuno, especialmente en SSR, interviniendo así el riesgo en salud, impactando indicadores de salud pública y disminuyendo los costos al sistema de salud.



Foto comunicaciones Universidad Mariana

"[…] pues salí liderando muchos procesos acá. […] en el 2019 empezó a funcionar la mesa municipal de atención a población migrante; hasta ese momento la atención por el sistema público era, pero peleada […]; es que es migrante, no lo podemos atender […]"

Mujer migrante venezolana

Participante número 5,
grupo focal número 1

Capítulo 2
Metodología

El estudio se basó en el enfoque fenomenológico, que enfatiza en la ciencia de los fenómenos y consiste en "permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo" (Heidegger, 2006, p. 99); en consecuencia, es un fenómeno objetivo; por lo tanto, verdadero y, a su vez, científico.

La fenomenología permitió el acercamiento a un grupo de mujeres venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto, afectadas por su migración al territorio colombiano y, entender lo que ellas sienten y piensan respecto a la dimensión de SSR. Esto se logró a partir de la descripción de los conocimientos y prácticas en SSR, accediendo a la comprensión de la realidad vivida por esta población en su contexto y, de la manera más auténtica.

Para el diseño de la investigación se tuvo como referencia a Husserl (1992), quien considera a la fenomenología como una filosofía, un enfoque y un método; enfatiza en la intuición reflexiva para describir la experiencia tal como se vive y, desde su punto de vista (Solano-Ruiz, 2006). La fenomenología descriptiva da cuenta de las experiencias humanas sobre fenómenos vividos y presentados en estructuras de significados; busca esclarecer los hechos a través de la descripción de los fenómenos experimentados por las personas; en este caso, escudriñar a fondo a partir de las propias experiencias vividas por las mujeres migrantes, describirlas y analizarlas para encontrar un verdadero sentido.

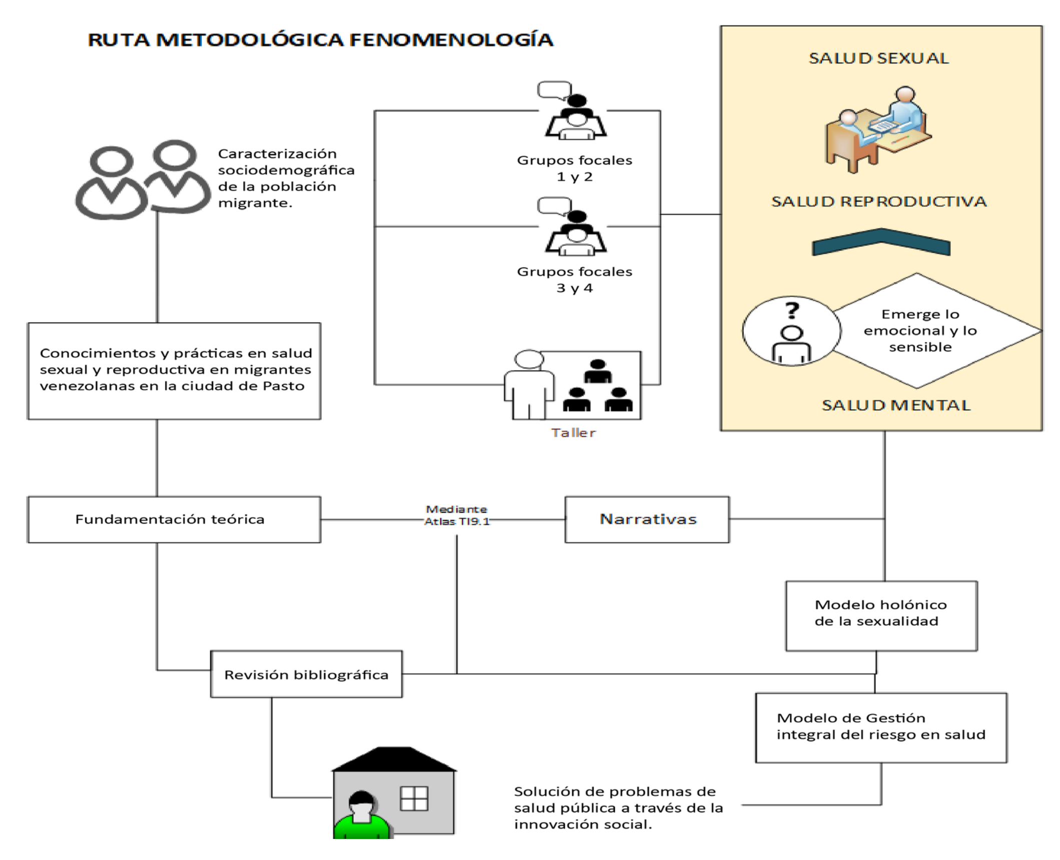
En este sentido, para Husserl (1992), "la fenomenología otorga un nuevo método descriptivo y una ciencia preconcebida, que está destinada a suministrar el sustento fundamental para aportar en la rigurosidad científica" (p. 52). Husserl (como se cita en Santiago et al., 2017) "reconoce la historicidad de los grupos humanos y por eso acepta el relativismo histórico. Esta conserva su derecho indudable como hecho antropológico" (p. 24).

En tal sentido, se estudia a una comunidad o un grupo en un contexto en particular, mostrando la intencionalidad de los actos que los sujetos realizan al interior de la misma.

2.1. Ruta metodológica

Figura 8

Ruta metodológica



Como se puede apreciar en la Figura 8, el estudio inicia con el desarrollo de grupos focales, los que permitieron la caracterización sociodemográfica de las mujeres venezolanas y la descripción de los conocimientos y prácticas en SSR. Observando las necesidades identificadas, se desarrolló de manera simultánea un plan de intervención educativo al que se denominó 'Curso en educación sexual y reproductiva: por el bienestar de las mujeres, la familia y la sociedad', el cual constó de tres talleres. Esta fase permitió identificar elementos emocionales y sensibles relacionados con la salud mental, siendo esta una categoría emergente reflejando que, para tener un goce efectivo de la SSR, la salud mental desempeña un papel importante, como componente transversal.

Con la organización de la información en el programa Atlas Ti versión 9.1 se construyó las narrativas y, en coherencia con la fundamentación teórica y la revisión bibliográfica, se identificó dos modelos que respaldan el estudio: el Modelo holónico de la sexualidad y, desde la administración en salud, el Modelo de Gestión integral del riesgo en

salud. A partir de ellos se genera posibles soluciones de un fenómeno social, en este caso un problema de salud pública en las mujeres venezolanas en cuanto a conocimientos y prácticas en SSR, a través de la innovación social y la intervención.

Para identificar a la población objeto se estableció una alianza estratégica con la ASOVENAR, quienes dispusieron su organización para contactar al grupo de mujeres migrantes con intención de permanencia con un tiempo igual o mayor a seis meses, siendo este el criterio de inclusión para la selección de la muestra, además de tener su consentimiento para participar en la investigación.

2.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información

El grupo focal es la técnica de preferencia de los estudios fenomenológicos, a través de una guía de preguntas abiertas que permitió mediante una entrevista grupal, indagar a profundidad las experiencias vividas por las mujeres migrantes venezolanas con intención de permanencia respecto a los conocimientos y prácticas en cuanto a educación sexual y reproductiva. La entrevista se desarrolló en un contexto de diálogo cordial y de respeto; la espontaneidad de las mujeres permitió un proceso participativo y abierto y dejó fluir la conversación, siendo la máxima expresión de la entrevista fenomenológica.

La entrevista permitió el contacto del investigador con las mujeres migrantes; se pudo confrontar y escuchar diferentes puntos de vista a través de un proceso abierto y emergente centrado en el tema objeto de la investigación, generando un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando autoexplicaciones para obtener datos cualitativos, siendo útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción (Alfonzo, 2012; Garay, 2020).

Mediante el desarrollo de los grupos focales se pudo identificar las necesidades en conocimientos y las prácticas en las migrantes venezolanas, por lo que se planteó y ejecutó un plan de intervención de educación para la SSR.

Otra técnica que se utilizó para complementar la información fue la observación, que permitió "el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías" (Hernández et al., 2010, p. 252). La observación fue directa no participante durante el desarrollo del plan de intervención de educación para la salud, mediante la cual se observó las reacciones, actitudes y comportamientos de las participantes respecto a ejes temáticos como: salud sexual, salud reproductiva, salud mental, condiciones emergentes (núcleo familiar, jerarquías, atuendo, lenguaje, educación), condiciones socioculturales (rituales, comida, hábitos) y

condiciones organizacionales (comunicación horizontal, organización, escenarios de participación), observaciones que fueron consignadas en el diario de campo.

Para la recolección de información se conformó cuatro grupos de mujeres, con cinco hasta doce participantes; la sesión de cada grupo focal tuvo una duración máxima de dos horas. Se asignó un moderador y un observador. El moderador dirigió la sesión, en tanto que el observador ejerció un papel destacado en la validación de la investigación, ya que registró la red de interacciones presentes durante el grupo y, las informaciones proporcionadas por los participantes.

La metodología de obtención de la información se especifica en la Tabla 1.

Tabla 1

Recolección de la información

Proceso	**Fuentes**	**Procedimiento**
Búsqueda activa de información	Mujeres migrantes venezolanas priorizadas para grupo focal	Saludo de bienvenida al grupo focal
		Socialización de los objetivos del grupo focal
		Firma de consentimiento informado
		Aplicación individual de la Encuesta sociodemográfica
		Desarrollo de grupo focal con escucha activa
		Cierre de grupo focal

En la Tabla 2 se presenta los posibles sesgos y el tipo de control necesario con que se garantizó la validez del estudio.

Tabla 2

Tipos de sesgo y control

Tipo de sesgo		Control
Selección		Se respetó los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de que la población seleccionada a participar del estudio cumpliera con los requisitos exigidos por la presente investigación.
Información	**Reporte**	La información se validó a través de la profundidad evidenciada en las recurrencias y la indización, la cual permitió organizar la noción ya generada sobre los conocimientos y prácticas en SSR y, asignar un lugar jerárquico de acuerdo con la recurrencia creada mediante el aplicativo Atlas Ti 9.1. Así, se logró crear una estructura ordenada y depurada que facilitó el análisis bibliográfico y documental de forma sistemática (Ver Tabla 4 y Figura 5).
	Instrumento	Instrumentos como la encuesta sociodemográfica y la entrevista de grupo focal fueron validados por experto metodológico (Coordinadora de investigación Facultad de Ciencias de la salud) y experto en la dimensión de salud sexual y reproductiva (Médica referente en SSR del Instituto Departamental de Salud de Nariño), obteniendo su respectiva aprobación (ver Anexo 6); además, se realizó prueba piloto.
	Entrevistador	Se hizo prueba piloto y, posteriormente, cuatro grupos focales siguiendo la guía de preguntas orientadoras, proporcionando un espacio de libre expresión a las participantes.
Confusión		Se utilizó como estrategia la estratificación en la codificación axial generada por Atlas TI 9.1, permitiendo analizar la relación existente entre categorías y subcategorías (ver Figuras 6 a 11).

2.3. Análisis de la información

Se utilizó análisis de contenido como medio para organizar y analizar los resultados obtenidos en la investigación, a través del programa Atlas Ti 9.1, herramienta que permitió la codificación, identificación de unidades comunes que cobran sentido y, organización de categorías y subcategorías y, las taxonomías.

El análisis de contenido se realizó siguiendo las siguientes fases:

- Fase 1. Preanálisis: se organizó la información recolectada en los grupos focales, para lo cual los datos obtenidos en las grabaciones del grupo focal fueron transcritos en el programa Word, consolidando parámetros como participante, tema discutido, datos obtenidos, observaciones y opiniones de las participantes.
- Fase 2. Lectura y revisión de la información: se leyó y revisó la información recolectada, verificando que su sistematización cumpliera con reglas como la exhaustividad (información en su totalidad), representatividad, homogeneidad (datos referidos al mismo tema), pertinencia (documentos adaptados al contenido y objetivo de la investigación) (Da Silveira et al., 2015).
- Fase 3. Exploración del material: se codificó y categorizó de acuerdo con los datos obtenidos y los objetivos de la investigación.
- Fase 4. Tratamiento de la información: se discutió y analizó los resultados mediante una cuidadosa interpretación, buscando el significado de las interlocuciones de las mujeres migrantes venezolanas para responder a los objetivos de investigación.

En la descripción de los resultados es primordial describir las vivencias de las mujeres migrantes en torno al tema de investigación, tal como ellas las expresan. Se revisa la información recolectada las veces que sea necesario y, se establece relaciones entre las categorías, las cuales emergen del fenómeno estudiado, que son expresadas en taxonomías. Fue importante tener en cuenta que los grupos focales fueron desarrollados tantas veces se consideró forzoso, de suerte que, con los encuentros se fue profundizando y ahondando en la información hasta que se obtuvo la saturación de la misma. De esta manera se respondió al propósito de la fenomenología. La investigación permitió esclarecer los hechos a través de la descripción de los fenómenos experimentados por las personas; en este caso, escudriñar a fondo a partir de las propias experiencias vividas por las mujeres migrantes, describirlas y analizarlas para encontrar un verdadero sentido.

Para el proceso de discusión de los resultados, se relacionó los resultados obtenidos de la investigación con las conclusiones o hallazgos de estudios encontrados en los antecedentes, para comparar los hallazgos, contraponerlos o complementarlos y, entender mejor las posibles diferencias o similitudes. De este modo, fue posible llegar a una mayor integración y a un enriquecimiento del ‘cuerpo de conocimientos’ en torno a los conocimientos y prácticas de la SSR en las mujeres venezolanas migrantes.

2.4. Criterios que permiten determinar el rigor metodológico del estudio

La coherencia o credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como 'reales' o 'verdaderos' por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que experimentaron o estuvieron en contacto con el fenómeno investigado (Castillo, 2000). Este principio se aplicó en cuanto los investigadores dieron a conocer a las mujeres migrantes venezolanas las descripciones de los resultados y preguntaran si lo que se les presentaba correspondía a los que ellas habían expresado; se dio a medida que la información se les mostraba en los espacios de socializaciones de avances. Las experiencias, comentarios, frases y palabras que se utilizó textualmente a las expresadas por las participantes en la descripción de resultados constituyeron una manera de expresar la credibilidad.

La aplicabilidad es un criterio que se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Este principio indica que se trata de examinar qué tanto los resultados pueden ser ajustados en otro contexto (Castillo, 2000). Los resultados obtenidos servirán para ser aplicados a otros grupos de mujeres migrantes que presentan contextos similares. Los resultados del estudio permitieron identificar problemáticas, limitaciones y necesidades en cuenta a la SSR que propició un escenario de intervención con participación interdisciplinaria y otros sectores externos con acciones que, en mediano y largo plazo fortalecerán las prácticas de las mujeres. Los resultados son una base para establecer, desde los organismos de salud, rutas de atención y, mejorar los servicios y asistencia de salud requerida por esta población.

La auditabilidad se refiere a la habilidad de un investigador para seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. La descripción cuidadosa de los aspectos metodológicos, las características y selección de las participantes de estudio, el procedimiento y rigor metodológico, han permitido y permitirán que otros investigadores conozcan y evalúen la metodología y los resultados del estudio. Las grabaciones y la transcripción textual de las entrevistas permiten disponer de información a otros investigadores que quieran consultarla.

Figura 9

Generalidades de la metodología aplicada





Foto comunicaciones Universidad Mariana

"A mí no me hablaban de eso ni en mi casa ni en ningún otro lado, [...] mí mamá no me quería hablar de eso, [...] pero si a mí me hubieran dado la educación que ahora estoy teniendo, yo no hubiese parido tan temprano allá, yo hubiera estudiado, hubiese disfrutado mi juventud [...]"

Mujer migrante venezolana
Participante número 3,
grupo focal número 4

Capítulo 3
Resultados

La presente sección está organizada de acuerdo con las diferentes categorías que surgieron como producto de la realización de los grupos focales y al análisis realizado a través de la herramienta Atlas Ti; por tanto, cada sección presenta información específica sobre:

I) Caracterización de la población

II) La salud sexual y reproductiva en las mujeres migrantes venezolanas desde el enfoque de derechos

III) Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto

IV) Disfrute de la salud sexual y reproductiva en medio de la crisis humanitaria.

Cabe anotar que, como variables emergentes, surgieron la salud mental y el contexto, como categorías que inciden en los conocimientos y prácticas en SSR; de allí la razón de los dos últimos temas de esta sección.

3.1. Caracterización de la población

Esta sección presenta una mirada panorámica de las condiciones sociodemográficas de las mujeres migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto.

Se logra conocer las condiciones sociodemográficas, gracias a la participación voluntaria en el estudio de 30 mujeres migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto, a quienes se aplicó una encuesta sociodemográfica validada previamente.

Tabla 3

Características sociodemográficas en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto

Tipo	Variable	N.	%
Tipo de identificación	Cédula de ciudadanía	2	7 %
	Cédula de extranjería	10	33 %
	Cédula de identidad	8	27 %
	Permiso Especial de Permanencia (PEP)	10	33 %
Zona de residencia	Rural	2	7 %
	Urbana	28	93 %
Tiempo de residencia	Menos de un año	4	13 %
	Un año a dos	10	33 %
	Tres años a cuatro	15	50 %
	Cinco años	1	3 %
Estado civil	Casada	1	3 %
	Soltera	18	60 %
	Unión libre	11	37 %
Orientación sexual	Bisexual	2	7 %
	Heterosexual	28	93 %
Tiene hijos	Sí	23	77 %
	No	7	23 %
N. de hijos	Sin hijos	7	23 %
	1	5	17 %
	2	6	20 %
	3	9	30 %
	4	2	7 %
	6	1	3 %
Nivel educativo	Técnico	4	13 %
	Universitario	3	10 %
	Primaria completa	15	50 %
	Primaria incompleta	8	27 %
Ocupación	Desempleada	19	63 %
	Empleada	2	7 %
	Independiente	9	30 %

Tipo	Variable	N.	%
Tipo de ocupación	Ama de casa	16	53 %
	Comerciante	3	10 %
	Estilista	1	3 %
	Limpieza de hogares	1	3 %
	Tejido y cuidado de menor	1	3 %
	Trabajadora sexual	2	7 %
	Trabajo independiente	1	3 %
	Trabajo social	1	3 %
	Varios	1	3 %
	Líder población migrante (Desempleada)	1	3 %
	Estudiante	2	7 %
Afiliación	Contributivo	2	7 %
	Sin afiliación	17	57 %
	Subsidiado	11	37 %

De la población estudiada, el 33 % cuenta con PEP; el 33 % con cédula de extranjería y el 27 % con cédula de identidad venezolana; es decir, la mayoría no están legalmente registradas en Colombia. En cuanto a la zona de residencia, el 93 % procede de zona urbana, el 50 % tiene un tiempo de residencia predominante de 3 a 4 años. Con respecto al estado civil, el 60 % refirieron ser solteras. En cuanto a la orientación sexual, el 93 % dijo ser heterosexual. El 77 % tiene hijos, encontrando que en su mayoría el 30 % tiene tres y, en general, un promedio de cinco. Con relación al nivel educativo, la gran mayoría (77 %) tiene un nivel muy bajo, un 50 % primaria completa y, un 27 % primaria incompleta. En la ocupación, el 63 % está en condición de desempleo; predomina el ser ama de ama de casa con un 53 %. Respecto a la afiliación al sistema de salud colombiano, un 57 % no la tiene, el 37 % pertenece al régimen subsidiado y un 7 % al régimen contributivo.

3.2. La salud sexual y reproductiva en las mujeres migrantes venezolanas desde el enfoque de derechos

Los resultados se basan principalmente en la información recolectada a partir de cuatro grupos focales que reflejan conocimientos y vivencias en SSR de las mujeres migrantes venezolanas, evidenciando que la misma se ve en riesgo, por cuanto está afectada por determinantes sociales que se agudizan en el marco del contexto migratorio. Por consiguiente, el proceso de codificación se concentró en los siguientes temas principales:

I) Mujer migrante venezolana

II) Vulneración del derecho a la salud

III) Mujeres migrantes venezolanas, haciendo historia en defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

3.2.1. Mujer migrante venezolana

El estudio permite visibilizar que las mujeres migrantes venezolanas reclaman protección migratoria por parte del Estado y de las instituciones; sueñan vivir en un mundo donde se haga valer sus derechos humanos, sus derechos como mujeres, sus DSR; sueñan con un mundo donde tengan calidad de vida, que puedan estar al lado de sus familias, con la garantía de una inclusión social llena de oportunidades para un mejor vivir, que les permita un verdadero goce de los DSR.

Por ello, la mujer migrante venezolana en el contexto migratorio se caracteriza por estar en una constante búsqueda de superación y por una lucha incansable por no permitir la determinación social; por tanto, vive en búsqueda de oportunidades laborales, económicas, de ayuda solidaria y, por supuesto, de servicios de salud; y, en esa búsqueda por mejorar sus condiciones de vida, se ve vulnerada en sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, puesto que se enfrenta a las siguientes situaciones:

Violencia y xenofobia institucional: vive violencia, xenofobia y maltrato social, siendo un grave factor de riesgo para su salud mental y, por ende, para la SSR, desencadenando sentimientos como rabia, dolor, tristeza e impotencia, como lo comentan las participantes de los grupos focales:

> Yo di a luz apenas empezó la pandemia; buscando trabajo, fui a la alcaldía a pedir ayuda porque estaban mandando unos mercados; habían mandado unas ayudas para la gente y unos mercados, y esa alcaldesa bien grosera, dijo "para que se vienen aquí ese poco de venezolanos", pero bien altanera, con groserías [...] yo estaba con la niña; la niña tenía como ocho días de nacida. (Participante número 4 del tercer grupo focal)

Deficiente institucionalidad: uno de los grandes retos en salud pública es la recuperación de la institucionalidad, puesto que se ha perdido el sentido humano y el verdadero valor de la vida, lo que se hace más evidente con la población migrante venezolana, primando el factor económico y la indiferencia social. Por otro lado, las experiencias negativas vividas en las diferentes instituciones por las mujeres migrantes, han generado pérdida de la confianza por esta comunidad, como se refleja a continuación: "yo no tengo EPS, yo ya este dolor, no lo aguanto y me dice no la podemos atender [...]. Somos seres humanos, todos tenemos derechos, ¿verdad? De ser atendidos [...] que tengas xenofobia, llévala pa' tu casa" (Participante número 4, del primer grupo focal).

Deficiente rectoría y gobernanza del Estado: en Colombia, pese al marco normativo que ampara y protege al migrante, solo se ha garantizado un paquete mínimo de servicios en salud, por parte de organizaciones internacionales, con una participación mínima del Estado

colombiano, teniendo en cuenta que solo la población migrante con PEP y con afiliación al sistema de salud ha logrado acceder de manera continua e integral a los servicios que ofrece el sistema.

La violación al derecho fundamental de la salud en la mujer migrante venezolana pone en evidencia una débil rectoría y gobernanza en la salud pública en la crisis humanitaria del migrante. Situaciones expuestas en los grupos focales son un vivo reflejo de esta grave vulneración de derechos humanos por ausencia del Estado, como se muestra a continuación:

> Escuchando lo que han hablado las compañeras, ver que toda esta atención que se ha dado no ha sido…, digamos, una atención que venga por el Estado, ha sido pues, ciertamente, por proyectos de cooperación internacional; ha sido pues, toda esta gama de cooperantes […] invirtiendo en las IPS, haciendo proyectos en las IPS en las cuales atiendan a la población migrante; ahorita estamos en un proceso de regularización que, quizás en un futuro, nos permita […] podamos acceder al sistema de salud colombiano […] porque no accedemos a él […] porque no estamos de manera regular y en su mayoría no tenemos sistema de salud […] (Participante número 5 del primer grupo focal)

3.2.2. Vulneración del derecho a la salud

Durante la entrevista a grupos focales se identificó barreras de acceso a los servicios de salud, desinformación, necesidades insatisfechas en SSR, falta de rutas de atención integral al migrante, desconocimiento de derechos, falta de institucionalidad y un sistema de salud que no está brindando cobertura integral en salud a la mujer migrante venezolana, como se refleja en los siguientes temas que surgen del presente estudio:

Vulnerando aún más a la mujer migrante desde la institucionalidad: una preocupación de las IPS de salud debería ser facturar servicios en modalidad particular para mejorar la sostenibilidad financiera, pero generan costos por servicios de salud a cargo del migrante, convirtiéndose en un hecho de inequidad social, puesto que es una población que se ve obligada a pagar para poder reestablecer su salud, por no contar con afiliación a una EPS, vulnerando aún más a esta población desde la institucionalidad. Esta realidad se permite evidenciar con los siguientes relatos:

> La chica llegó al puesto de salud Las Rosas con un sangrado de más de dos semanas y dolor […]. El esposo entendió que tenía que cancelar para que la pudieran atender y, pues… él tenía $30.000 pesos y pagó la cita […], llegó al Departamental donde ingresó y en menos de media hora estaba en el quirófano porque tenía un embarazo tópico séptico, o sea que la chica hubiera podido morir por ese mal manejo que le dio la enfermera del triage. (Participante número 5 grupo focal número 1)

> Es la institución […] en el hospital […] pues, allá amenazan a los papitos con llamar a migración, pues, si no pagan la factura con la

que entró el niño a urgencias [...] me tiene que pagar la factura, páguemela, páguemela, páguemela; ah, no me la quiere pagar, ah, bueno, vamos a llamar a migración. (Participante número 5 grupo focal número 1)

Ya estaba tres días, y en el momento en que ya me dieron de alta, me dice el doctor que le pague, que así la dejan salir a ella, y nosotros, pero por qué, si somos venezolanos y estamos en una pobreza extrema [...] tuvimos que sacar la plata [...] para pagar, que eran $400.000 pesos para irnos [...] (Participante número 5 grupo focal número 4)

Yo, cuando llegué aquí, tenía problemas con el seno, tenía una cosa aquí grande (una masa) [...] me atendieron y me mandaron de urgencias [...] porque estaba bastante feo y cuando yo llegué allá me dijeron que no, que no podía porque yo era venezolana [...]; si no tienes plata, entonces no se atiende; si usted tiene plata, usted pasa, sino no, sin importar lo que yo tenía en el seno. (Participante número 5 grupo focal número 3)

Barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva: las participantes permiten evidenciar inequidad y desigualdad en el sistema de salud, existiendo grandes brechas entre los venezolanos con PEP y los que no lo tienen, ya que no contar con este documento es un limitante para alcanzar el aseguramiento en el sistema de salud colombiano.

Pese a que algunos servicios de SSR son garantizados por cooperantes internacionales a través de la contratación del paquete mínimo de servicios con algunas IPS, se observa que este no resulta integral, completo y continuo, evidenciando la gran necesidad de contar con una política pública que incluya una ruta de atención integral al migrante con enfoque diferencial, abordando los determinantes sociales de la salud, al igual que las condiciones de vulnerabilidad y las particularidades de esta población, dando una respuesta efectiva a las necesidades en salud.

Comentarios como los siguientes, reflejan las barreras de acceso a las que se enfrenta la mujer migrante venezolana: "No hay proyecto en estos momentos. Se acabó el convenio con el instituto; ahorita están sin recursos, están en reformulación, no sabemos la atención cómo viene" (Participante número 5 grupo focal número 1). Y, "con la falta del control en los últimos tres meses hemos tenido conocimiento de unos tres casos de mujeres gestantes con preclamsia [...] porque justamente no tienen ese control y el acceso a los controles, y tienen preclamsia" (Participante número 6 grupo focal número 1)

Estigmatización de las mujeres migrantes venezolanas en los servicios de salud: las participantes permiten conocer que esta es una situación muy frecuente en los servicios de salud, siendo una problemática real que puede tener efectos negativos en el acceso y

la calidad de la atención médica que reciben, afectando aún más su salud mental, como lo muestra el siguiente relato: "Es complicado con las instituciones; sigue habiendo más barreras por los funcionarios, los médicos… no están sensibilizados, la atención… es discriminatoria todavía, no ha mejorado" (Participante número 5 grupo focal número 1)

3.2.3. Mujeres migrantes venezolanas haciendo historia en defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos

La unión de las mujeres líderes migrantes venezolanas residentes en Pasto ha creado una fuerza histórica por la lucha de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, lo que ha llevado a que los diferentes actores sociales formulen planes de intervención como respuesta a sus necesidades, expresadas en una sola voz de mujeres líderes, empoderadas y dispuestas a luchar por la inclusión social y por un mundo mejor para ellas y sus familias, pero esta lucha no ha sido tarea fácil en un país ajeno; ha implicado la unión de la fuerza de muchas mujeres enfrentando grandes obstáculos, trabajando por visibilizar sus necesidades y siendo las protagonistas de una lucha por la dignidad humana.

Por tanto, la fuerza de la mujer migrante en defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos ha sido y sigue siendo fundamental para promover la igualdad de género y garantizar el respeto de los derechos fundamentales de las mujeres.

Muestra de lo expuesto se refleja en el siguiente relato de una migrante venezolana:

> Pues, salí liderando muchos procesos acá; en el 2019 empezó a funcionar la mesa municipal de atención a población migrante; hasta ese momento la atención por el sistema público era, pero peleada […] el paciente que llega con las tripas por fuera y muriéndose, es el que atendían […]. Es que es migrante, no lo podemos atender.
>
> No atendían ni niños, primera infancia, ni maternas, ni siquiera el control materno. Nosotras hicimos un trabajo y documentamos casi 60 casos de negación de atención por urgencia, y justamente en el 2019 […] aumentaron los índices de bajo peso al nacer de los niños; el 90 % de los niños de migrantes venezolanos que nacen en las salas de parto quedan internados por lo menos 15 días en UCI por un bajo peso al nacer o por cualquier otra alteración en la salud, porque a las madres se les niega su control prenatal.
>
> Bueno, nos peleamos en esa mesa con todo el mundo, con la suerte, no sé; yo creo que ese día había un representante del Instituto Departamental de Salud; en 15 días sacaron un decreto priorizando algunos perfiles poblacionales, enfermos crónicos, maternas, primera infancia y se empezó a dar la atención para maternas y primera infancia. (Participante número 5 grupo focal número 1)

3.3. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto

Los resultados que se presenta en esta sección, estuvieron enfocados en los siguientes temas principales:

I) Salud sexual

II) Salud reproductiva

3.3.1. Salud sexual

En este componente se priorizó los siguientes temas:

I) ¿Cómo definen la salud sexual las mujeres migrantes venezolanas?

II) ¿Qué conocimientos y prácticas tienen las migrantes venezolanas en salud sexual?

3.3.1.1. ¿Cómo definen la salud sexual las mujeres migrantes venezolanas? La salud sexual es un derecho fundamental para la mujer, el cual se debe disfrutar en cada ciclo de vida y el Estado debe ser garante del goce máximo del mismo, pese a la crisis humanitaria dada en el contexto migratorio.

El estudio visibiliza que la mujer migrante venezolana reconoce la importancia de la sexualidad como un derecho pero que, en el contexto migratorio ha sido difícil poder disfrutarla y tener buenas prácticas, dado que no es suficiente tener el conocimiento en medio de la existencia de tantos determinantes sociales que ponen en riesgo su sexualidad. Entre las definiciones de salud sexual dadas en los grupos focales, se encuentra relatos como: "Entonces, es el derecho a la sexualidad libre, placentera y segura" (Participante número 2 grupo focal número 1). Y, "[…] Ajá […] salud sexual es algo rico […] yo digo las cosas como son" (Participante número 3 grupo focal número 4).

> La salud sexual […] la misma palabra lo dice: salud en nosotras las mujeres, y no solamente en las mujeres, porque también tiene que ver con los hombres, o sea, hacerse un chequeo médico, ¿para qué? Para prevenir muchas enfermedades de transmisión sexual, para prevenir embarazos no deseados. (Participante número 4 grupo focal número 3)

De igual manera, el concepto de salud sexual está muy ligado a la salud mental, siendo dos dimensiones interrelacionadas, indispensables para poder vivir plenamente la sexualidad, considerando a la salud mental como una dimensión clave para el buen vivir de la SSR, como se muestra a través de los siguientes relatos:

> No sé, yo creo que la salud sexual y reproductiva es el estado físico y mental ¿verdad? Que debe de tener una persona. En el estado de salud mental […] es tener una salud sexual reproductiva y tener una salud mental. (Participante número 3 grupo focal número 1).

"Ese bienestar, ahí entra la parte mental. No solamente en la interacción con tu pareja sino como persona; estoy a gusto, estoy conforme, me siento bien como estoy, de mi parte íntima, mi parte sexual" (Participante número 5 grupo focal número 1).

La salud sexual es un concepto asociado al autocuidado, como un factor clave para tener buenos hábitos sexuales, que se traduzcan en buenas prácticas, como se muestra a través de los siguientes relatos: "La salud sexual, bueno, pues la misma palabra también como que lo dice ¿no? Salud, pero en sexo, pues imagínate, cuidarse de las enfermedades" (Participante número 1 grupo focal número 1). Y, "bueno, son muchas cosas, pero yo diría que la primera palabra de la salud, yo diría que es como la higiene, ¿no? Como algo personal de nosotras" (Participante número 5 grupo focal número 4).

3.3.1.2. ¿Qué conocimientos y prácticas tienen las migrantes venezolanas en salud sexual? La salud sexual tiene una estrecha correlación con las siguientes subcategorías: autorreconocimiento y autocuidado, ITS y doble protección, violencia de género y comunidad LGTBIQ+, las cuales se describe a continuación:

Autorreconocimiento y autocuidado: se evidenció que las participantes de los grupos focales no cuentan con conocimientos claros sobre salud sexual y sobre la fisiología y anatomía de su cuerpo, lo que ha contribuido a la adquisición de inadecuadas prácticas en este componente, reflejando un deficiente autocuidado. Sus voces lo muestran en los siguientes relatos:

- ¿Menstruación? […] que el cuerpo se desahoga; es un periodo mensual, un desahogo así pa'l cuerpo, así que te liberas, lo odiamos, pero a la vez, es bueno. (Participante número 2 grupo focal número 2)
- ¿Menstruación? […] para mí es un método especial para saber que no estoy embarazada, claro, pues, preocúpate cuando no te baja. (Participante número 5 grupo focal número 2)
- ¿Menstruación? […] sangre sucia que el cuerpo tiene que botar (Participante número 1 grupo focal número 2)
- Cuando uno está con la menstruación, tiene todos los poros del cuerpo humano abiertos, y es propenso a coger más enfermedades e infecciones. (Participante número 7 grupo focal número 3).

Infecciones de transmisión sexual y doble protección: los grupos focales también permitieron evidenciar que las migrantes reconocen que el método de elección para prevenir las ITS es el preservativo, pero en su práctica no es frecuente su uso, como se refleja en lo expresado en el siguiente relato: "Un método para evitar la transmisión sexual tal vez sea el condón, porque te protege del embarazo y la infección al mismo tiempo. Es como la mejor opción" (Participante número 3 grupo focal número 1).

Además, relatan experiencias de familiares cercanos que han tenido enfermedades de transmisión sexual (ETS) por falta de conocimiento, como se expresa en el siguiente relato: "nuestro papá murió de sida, porque se contagió y él, de esa enfermedad no sabía, nosotras ya estábamos grandes y todo (la investigadora pregunta ¿cómo se contagió?) Por transmisión sexual con una muchacha" (Participante número 6 grupo focal número 4). Y, "A los hombres no les gusta cuidarse, no les gusta usar condón" (Participante número 3 grupo focal número 4).

Violencia de género: es un grave y frecuente problema de salud pública en las mujeres migrantes venezolanas, prevaleciendo una constante violación de los derechos humanos, reconociendo que están mayormente expuestas a sufrir diferentes tipos de violencia debido a una combinación de factores relacionados con su contexto migratorio, el género y sus determinantes sociales, colocándolas en un alto riesgo de violencia de género, incluyendo la violencia física, sexual y psicológica, así como el tráfico y la explotación sexual, discriminación y violencia social e institucional, como se muestra a través de los siguientes relatos:

Violencia social:

> Yo he vivido una [violencia] económica en mi trabajo: una señora, por mi aspecto, me quiso humillar porque yo era venezolana [...] cuando llego a internarme en esa casa, ... me salió con que me quería entregar $120.000 al mes. Vivía hablando todos los días que los venezolanos [...] eran de todo y yo, calladita, poco a poco calmándome para evitar los problemas y las escenas, pero sí llegué a humillaciones [...] no me sentía bien" (Participante número 6 grupo focal número 2).

"En el trabajo, que explotan mucho a las mujeres venezolanas para trabajar [...] hay quienes las hacen trabajar de diez a doce horas, y con una miseria de sueldo" (Participante número 4 grupo focal número 3).

> Por lo menos, a mi hermana, a ella... un muchacho la golpeó, y la esposa, las hijas, la familia, el hermano, todos la golpearon de una manera horrible, y denunciamos; yo fui con ella, fuimos hasta la Fiscalía [...] eso quedó ahí; nunca pasó nada, no hicieron nada y ya. (Participante número 3 grupo focal número 3).

"Y se aprovechan porque ya saben que uno aquí está soportando muchas necesidades; entonces, le dicen a uno: bueno acepta eso o se puede ir" (Participante número 6, grupo focal número 3).

Violencia sexual:

"Entrevistadora: De pronto puede ser que no lo hayan vivido, pero ¿conocen de alguien que sí? (...)

"Yo sí he vivido una cosa, pero no voy a contar" (Participante 2 grupo focal número 2).

"La otra vez venía y un [tipo] se me tiró; es de aquí, es colombiano, y se me abalanzó encima" (Participante número 3 grupo focal número 2).

"Bueno, por ahí está ese problema que tenemos ahorita con el señor del arriendo, que él quiso, o sea, sobrepasarse con la niña de una forma que ..." (Participante número 4 grupo focal número 2).

"Sí; una vez, yo estaba vendiendo tintos, y me dijo que, pues era muy duro, que mejor me fuera con él, que él me daba $30.000 pesos" (Participante número 7 grupo focal número 3).

Comunidad LGTBIQ+: esta comunidad enfrenta serios desafíos sociales y más aún en el contexto migratorio, al ser una población muy susceptible de toda clase de violencia y discriminación social por identidad de género, como se aprecia a través de los siguientes relatos:

"Se ha visto hasta muertes, por solamente ser gay; van y los acosan, los humillan, los molestan, los llevan al suicidio; ellos no pueden con la presión; es una población que es demasiado vulnerable" (Participante número 3 grupo focal número 2).

> Sí; de hecho, yo conozco a un muchacho que vive como a tres cuadras de mi casa y a él lo violaron en una playa; fue a una fiesta y... porque a él le tenían rabia, lo violaron entre cuatro. Y ese hombre se quería morir [...]". (Participante número 3 grupo focal número 4).

3.3.2. Salud reproductiva

En este componente se priorizó los siguientes temas:

I) ¿Cómo definen la salud reproductiva las mujeres migrantes venezolanas?

II) ¿Qué conocimientos y prácticas tienen las migrantes venezolanas en salud reproductiva?

3.3.2.1. ¿Cómo definen la salud reproductiva las mujeres migrantes venezolanas? Al igual que la salud sexual, es un derecho fundamental para la mujer, estrechamente relacionado con su capacidad de reproducirse y tomar decisiones informadas sobre si se quiere o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos. Por tanto, garantizar este derecho debería ser una prioridad para el Estado y, más aún, en el contexto migratorio.

El estudio permite visibilizar que, para la mujer migrante venezolana, ha sido muy difícil disfrutar del derecho a la reproducción, dados los diferentes determinantes sociales que condicionan este derecho; sin embargo, ella se ha reinventado para poder vivir su maternidad y tomar decisiones reproductivas que favorezcan su bienestar como mujer en el contexto migratorio.

Entre las definiciones de salud reproductiva dadas en los grupos focales, se encuentra relatos como: "Cuidarte; mentalizarte si no quieres tener bebés o, prepararte si quieres" (Participante número 6 grupo focal número 2). "Cuidarlos, cuidar los bebés" (Participante número 5 grupo focal número 2). "La salud reproductiva es planificar" (Participante número 3 grupo focal número 2). "Es cómo cuidarse para uno tener el hijo en el momento adecuado" (Participante número 4 grupo focal número 3).

3.3.2.2. ¿Qué conocimientos y prácticas tienen las migrantes venezolanas en salud reproductiva? La salud reproductiva tiene una estrecha correlación con las siguientes subcategorías: Decisión, Anticoncepción, Embarazo, Lactancia materna, Aborto y adopción, las cuales se describe a continuación:

Decisión: la educación sexual y reproductiva oportuna dentro de la población es un factor preventivo que promueve la toma de decisiones asertivas en salud, al igual que aquellas pensadas en el amor propio y el autocuidado, evitando riesgos de salud en la mujer en cada uno de sus ciclos de vida, así como, embarazos no deseados y posibles contagios de ITS; por tanto, si se brinda una educación para la vida a esta población, se garantiza un desarrollo integral físico y mental propicio para tener una vida sexual responsable bajo los estándares de preservar la integridad individual y de pareja, como lo refieren las participantes: "Es mi cuerpo, es mi vida, es mi libre elección, es mi disfrute" (Participante número 6 grupo focal número 4). "Porque yo decido sobre mis hijos" (Participante número 3 grupo focal número 3). "Pero no reconocemos nuestro cuerpo ni nuestras partes sexuales; no sabemos cómo manejarlas; entonces, yo creo que desde ese autoconocimiento, también podemos proyectar un bienestar" (Participante número 6 grupo focal número 1).

Cabe anotar que la autonomía para decidir, por parte de la mujer migrante venezolana, se ve influenciada por la falta de conocimiento, que se traduce en la falta de autocuidado, a lo que se suma la cultura patriarcal, donde el hombre tiene un gran poder en sus decisiones. En los siguientes relatos se aprecia sus voces:

> La cultura venezolana es un tanto machista; [...] al punto de decirle a su pareja: no me voy a cuidar porque a mí no me gusta el preservativo, y tú eres mi pareja y así tenemos que hacerlo, a rin pelado, sin protección alguna, porque tú eres mi pareja y así es que a mí me gusta. (Participante número 5 grupo focal número 1)

> Es más bien, cultural [...]; la mayoría de los casos que me han llegado... chicas que quieren acceder a un método de planificación, que quieren un método de barrera y por ahí... tengo que preguntarle a él a ver si él me deja. (Participante número 5 grupo focal número 1)

> Hasta que la pareja, tu esposo, no te dé la autorización [...] él tiene la última palabra. No me parece, ¿no? Porque el cuerpo es mío pero la última palabra es de él, y no debe ser, esa es la ley de Venezuela. (Participante número 4 grupo focal número 1)

"Es ley: de que yo quiero embarazar a mi esposa, y mi esposa no es libre de nada [...]" (Participante número 1 grupo focal número 1).

Anticoncepción: el conocimiento adecuado de todo lo concerniente a planificación familiar no solamente evita los embarazos; también permite a las parejas disfrutar de forma autónoma y responsable de la sexualidad; así mismo, el control o toma de decisiones en temas de reproductividad: si se quiere tener hijos, cuántos, con qué frecuencia, etc.

Sin embargo, cada día esta población se enfrenta a innumerables barreras de acceso a los servicios de salud, por estar en situación migratoria irregular o por los engorrosos trámites administrativos para afiliarse al SGSSS, siendo el Estado quien tiene la obligación de respetar, proteger y garantizar este derecho, ofreciendo una atención eficiente y de calidad a los migrantes. Es así como el contexto migratorio termina repercutiendo de manera negativa en las decisiones reproductivas de la mujer.

Por otro lado, el uso de anticonceptivos en las mujeres migrantes se ve afectado no solamente por el acceso o por el componente cultural, sino también por las experiencias negativas que han presentado al usarlos, asociadas a los efectos adversos y a la falla de los mismos, a lo que se suma el desconocimiento y la desinformación. Por esta razón, muchas optan por utilizar métodos naturales o prescindir de ellos, lo que se ve reflejado en los siguientes relatos: "Yo sé que a mi mamá le pasó; mi mamá fue cortada de trompas y quedó en embarazo; después de tres años de estar cortada, tuvo dos hijos más" (Participante número 2 grupo focal número 2). "A mí me pasó lo mismo que a usted le pasa con la pila; por eso nos separamos; [...] digamos, con la pi la se quitan las ganas de tener relaciones, no sé lo que es" (Participante número 4 grupo focal número 2).

> Tenía como... aproximadamente un año cuidándome con pastas [...] Por una que dejé de tomar un día, ahí quedé embarazada; aun así, cuidándome [...] y ahora, dejé de tomar pastas, porque también me caían muy mal, me hacían mucho daño; me puse la pila; se supone que no iba a salir en embarazo y, quedé en embarazo. (Participante número 4 grupo focal número 3)

Una situación preocupante en esta población es que algunas mujeres no planifican su vida reproductiva, dejándola en manos de la naturaleza del cuerpo humano, como lo permite evidenciar el siguiente relato: "Cuando empecé con mi pareja, tenía 22 años; nunca nos cuidamos y nunca quedé en embarazo en esos cinco años" (Participante número 2 grupo focal número 1).

Los grupos focales también permitieron evidenciar que la participación del hombre en la anticoncepción es muy poca, cargando la responsabilidad anticonceptiva totalmente a la mujer venezolana, como lo permitieron conocer a través de sus voces:

> Incluso, vemos el número de casos; sacan las mujeres migrantes que han planificado, sacan el número de hombres que se han hecho la vasectomía y no hay comparación, no hay un hombre de población migrante que haya dicho que quiere acceder […] entonces, la que te tienes que cuidar eres tú, porque eres tú la que no quiere tener hijos. (Participante número 5 grupo focal número 1)

Por otro lado, desde la institucionalidad se puede vulnerar el derecho reproductivo de las mujeres migrantes venezolanas, evidenciando que en algunas instituciones de salud no se tiene en cuenta su decisión, a quienes, por el hecho de ser migrantes, se les quiere imponer una anticoncepción definitiva. Reflejo de ello se encuentra en la siguiente voz:

> En mi caso, a mí me habían hecho firmar… yo tuve que romper la hoja; me habían hecho firmar para que me hicieran cesárea sin yo saber nada; cuando vi bien, decía cesárea, así que le rompí la hoja al enfermero (la investigadora pregunta si ella quería parto normal). No, pues, me tocó por cesárea, pero lo que ellos querían era hacerme la cesárea y la pomeroy a la vez, sin consentimiento de mi persona. (Participante número 7 grupo focal número 3).

Embarazo: se considera como una de las experiencias más bonitas de la vida tanto para la mujer como para su pareja; sin embargo, el contexto migratorio hace que esta etapa se vea afectada por las preocupaciones, el miedo y la situación económica, repercutiendo negativamente en el estado de salud del binomio madre-hijo, presentándose una alta morbimortalidad materno perinatal en esta población, como lo permiten conocer las participantes de grupos focales a continuación: "Es muy bonito; al principio es un temor… como, qué, ¿qué voy a hacer? Es un proceso muy bonito; me he disfrutado el embarazo" (Participante número 6 grupo focal número 2). Y, "Pase súper mal, porque me la pasé hospitalizada; sufrí de taquicardia; cuando me hicieron la cesárea fue llena de problemas; también después del parto, tuve problemas con la cesárea" (Participante número grupo focal número 2).

Los grupos focales ponen en evidencia que la salud mental de las gestantes migrantes venezolanas puede verse afectada por determinantes sociales de su experiencia migratoria y del embarazo en sí, la cual se agudiza ante una pobre red de apoyo social. Por tanto, es importante en esta población, no solo intervenir el componente mental desde el sector salud, sino los determinantes sociales desde todos los sectores, con el fin de minimizar el riesgo mental y las complicaciones que puede haber en el embarazo, asociadas a esta dimensión. Estas mujeres permitieron conocer las siguientes experiencias:

Tuve dos embarazos; el primero, yo feliz de la vida; la pasé viajando, trabajé hasta un mes antes de dar a luz, y mi embarazo, normal. Pero el segundo, como estuve todo el tiempo acostada, todo el tiempo sin poder trabajar, no podía hacer nada.

Cuando uno tiene problemas con la pareja en la relación, más con el embarazo, eso afecta mucho, afecta mucho al bebé (Participante número 3 grupo focal número 2)

Ellos tratan así porque cuando yo salí embarazada de ella [...], la enfermera me dijo: "uy, pero ustedes si pareen, parecen más cuyes"; "pero es que usted me los va a mantener, ¿o qué?" le dije yo, "usted no me los va a mantener, para que usted me esté diciendo algo"; "No, es que esto se colapsa aquí de venezolanos" dijo, "hay más venezolanos que colombianos". (Participante número 4 grupo focal número 3)

"[...] fueron muchos problemas y muchas complicaciones. Iba a los médicos y cuando iba a las consultas, salía hospitalizada, ya era muy poco de lo que tenía a la niña y tenía la placenta muy abajo" (Participante número 5 grupo focal número 4). "[...] Yo no quería verlo, no quería agarrarlo, y lo sentía como... no sé, no era como mío, tuve que recurrir a ayuda profesional. Y mi esposo decía: sí, es tu hijo, tómalo, agárralo" (Participante número 1 grupo focal número 3).

Otro aspecto a considerar es que durante el embarazo se ve afectada la sexualidad de la pareja, pero, especialmente, de la mujer, para quien, en su mayoría, tener relaciones sexuales resulta incómodo, a lo que se suma la falta de deseo sexual. Al respecto, las participantes de los diferentes grupos focales cuentan sus experiencias: "Muy poco, por la incomodidad. A mí me encantaba; con el embarazo se me quitó" (Participante número 4 grupo focal número 2).

Yo, con mi primer embarazo, mientras no se me veía, dale; pero ya cuando comenzó a crecer, no sé, me daba cosa y pensaba en el niño ahí dentro; y el segundo, porque siempre fue un embarazo de riesgo y estaba intranquila entonces. (Participante número 3 grupo focal número 2)

"Depende, porque cuando uno está muy avanzado en el embarazo, ya es incómodo; entonces, uno no lo hace" (Participante número 1 grupo focal número 3).

Lactancia materna: se considera uno de los alimentos esenciales para el desarrollo y crecimiento de los niños. Esta es una de las etapas por la que ha tenido que pasar este grupo de mujeres migrantes; algunas de ellas con éxito, otras con contratiempos, como se observa a continuación: "¡Sí, le di! [...] pero le comencé a dar comida a partir de los tres meses y medio" (Participante número 1 grupo focal número

2). "La lactancia bien, pero a mí me gustaba también darles comida" (Participante número 3 grupo focal número 2). Y, "Yo siempre he dicho que la lactancia, hasta que ellos la dejen por sí solos; los dos míos la dejaron hasta los cuatro" (Participante número 5 grupo focal número 2).

Aborto: siempre fue un tema controversial en los grupos focales; había muchas dudas al respecto. Como los puntos de vista entre las participantes fueron diferentes, por eso es preciso señalar que hubo opiniones en contra y otras a favor del aborto, lo cual es respetable, pues estaban y están en libertad de expresar sus ideas sin temor a ser juzgadas, como se puede observar: "Yo no lo apruebo para nada, excepto que sea una decisión de violación, o de un maltrato y eso" (Participante número 6 grupo focal número 4). "Es una maldad… quitarle la vida a una persona" (Participante número 4 grupo focal número 2). Y, "El aborto, sí, me parece bien, porque si una persona no se siente preparada, traer un niño ahorita a un mundo tan malo, o sea, creo que es preferible no tenerlo" (Participante número 2 grupo focal número 1).

Aunque para ellas es claro que el aborto en Venezuela no está permitido, esto hace que este tipo de procedimientos se haga de forma clandestina, como lo menciona una de las participantes: "En Venezuela hay que tener en claro que ahí no se practica el aborto ¿no? Se practica, pero clandestinamente, o sea, no estoy de acuerdo en lo clandestino" (Participante número 5 grupo focal número 1).

Las creencias, la cultura, la religión y los determinantes sociales influyen y condicionan la toma de decisiones de la mujer en lo relacionado con el aborto, como sostienen a continuación:

> En la actualidad, estoy de acuerdo con el aborto; no te sientes capaz en todos los ámbitos de ser mamá; tienes el derecho de decir no quiero, […] pero las perspectivas son diferentes; dependen también de la generación, la crianza, la cultura, también y, en su mayoría, el venezolano no tiene la cultura como la tienen acá. (Participante número 5 grupo focal número 1)

> Yo digo que, si estoy con mi pareja, pero no tenemos una situación económica estable para un niño, yo considero que la mejor solución para la pareja sería el aborto, porque yo no voy a traer un hijo al mundo a que pase hambre, a que pase trabajo, necesidades. (Participante número 4 grupo focal número 3).

"Yo digo que eso es, según la crianza que uno reciba, […] porque ante los ojos de Dios no está bien, ¿verdad?" (Participante número 3 grupo focal número 1).

Adopción: es vista como una opción para preservar la vida, pensando en el bienestar del niño o niña; no obstante, en el contexto migratorio se evidencia desconocimiento de la ruta de adopción, sin dejar de ser un

tema de mucha controversia en los grupos focales; muestra de ello son los siguientes relatos:

"Investigadora: Y la adopción, ¿cómo la ven? ¿Es una opción?"

"Claro, como no" (Participante número 2 grupo focal número 2).

"A las 38 semanas prefiero darlo a luz y darlo en adopción" (Participante número 5 grupo focal número 1).

3.4. Disfrutando la salud sexual y reproductiva en medio de la crisis humanitaria

Uno de los grandes retos que enfrenta la mujer migrante venezolana es disfrutar de una SSR plena y satisfactoria en medio de una crisis humanitaria; por ello, en busca de hacer valer estos derechos, ha desarrollado una gran resiliencia y, en medio de la crisis, se ha adaptado a una realidad difícil, convirtiendo cada obstáculo como un motivo para seguir luchando, sin dejar de vivir su vida sexual y reproductiva, buscando un nuevo modo para disfrutarla, pese a la adversidad del fenómeno migratorio.

Comentarios como los siguientes reflejan que disfrutan ser mujeres, viven su sexualidad, afrontan su reproducción y toman decisiones, todo esto en medio de la crisis humanitaria:

Mujeres migrantes que disfrutan su sexualidad. La entrevistadora pregunta si ellas disfrutan su vida sexual. Relatos que lo demuestran:

"Hay que vivirla, disfrutando con su pareja, pero ser responsables" (Participante número 6 grupo focal número 3). "[...] es más rica" (Participante número 5 grupo focal número 2). "[...] Claro, pues, porque uno va como ganando experiencia" (Participante número 3 grupo focal número 2). "Cada vez más divino" (Participante número 2 grupo focal número 2).

> Estando con la persona con la que uno se sienta bien, en confianza, que uno ame, que uno quiera… ahí uno disfrutaría sexualmente y se sentiría bien, pues, estando con la persona que uno quiera, que a uno la ame, que se sienta en confianza. (Participante número 3 grupo focal número 3)

Mujeres migrantes que disfrutan su reproducción. Relatos que lo demuestran:

> Es muy bonito… bueno, yo estoy en proceso [...] es mi primer hijo; es muy bonito; al principio es un temor, como que… ¿Qué voy a hacer? Pero después ya como que uno entra en calma [...] y pa' adelante, que más; sí, es un proceso muy bonito. Y sí, me he disfrutado el embarazo… aunque pesa. (Participante número 6 grupo focal número 2)

"Al sol de hoy, disfruto de mis dos hijos; siempre tuve en mente tener dos; mi pareja siempre me ha apoyado" (Participante número 3 grupo focal número 2). "Con mis hijas estoy bien; sin ellas, no soy nada. Poco a poco, aprendiendo más a ser mamá, a criarlas, a darles una buena educación, y he disfrutado su crecimiento" (Participante número 1 grupo focal número 2).

Pese a la gran resiliencia de la mujer migrante venezolana, no deja de ser un gran reto el disfrute de la SSR, con la exposición a múltiples determinantes sociales que se vuelven verdaderas limitantes para disfrutar plenamente estos derechos, como lo denota el siguiente relato:

> Bueno, veci, ahorita yo en la relación sí, poco, porque ya las niñas son más grandes [...] como no tenemos privacidad, más contando que ellas duermen con nosotros y eso, está prohibido [...] Bueno, yo no sé si a veces se disfruta por condiciones [...] uno a veces se deja mucho por ellas [...] (Participante número 2 grupo focal número 2)



Foto comunicaciones Universidad Mariana

"Es que eso fue lo que nos faltó a nosotras: la educación (...)"

Mujer migrante venezolana

Participante número 5,
grupo focal número 4

Capítulo 4
Educación para el empoderamiento de la mujer migrante venezolana

Las mujeres migrantes venezolanas en Colombia pueden tener diferentes niveles educativos. Es importante tener en cuenta que son un grupo diverso, con diferentes antecedentes educativos y experiencias y, debido a su vulnerabilidad y transitoriedad en nuestro país, los datos y efectos en las regiones varían.

Algunas pueden tener una sólida formación educativa, incluyendo educación superior o técnica; estas podrían haber tenido acceso a una educación de alta calidad en Venezuela, así como a una educación continua en Colombia. Algunas de ellas podrían haber obtenido títulos universitarios o poseer habilidades técnicas y profesionales en diversas áreas, lo cual tendría un impacto en el crecimiento del país y las ciudades donde residen.

No obstante, es posible que algunas tengan una educación inferior. Esto podría deberse a diversos factores, como la falta de oportunidades educativas en Venezuela, la interrupción de los estudios debido a la crisis y la migración forzada, así como las dificultades para acceder a una educación de alta calidad en Colombia.

Es crucial resaltar que la educación recibida por las mujeres migrantes venezolanas no determina su carácter ni sus habilidades. Muchas tienen habilidades útiles y experiencias laborales que pueden ayudar a la sociedad, a pesar de su falta de educación, como se puede ver en los trabajos no formales en la economía de las ciudades con mayor presencia de migrantes.

Es esencial fomentar la inclusión y el acceso a oportunidades educativas para todas las mujeres migrantes venezolanas en Colombia, sin importar su nivel de educación; esto les brindará más oportunidades de desarrollo personal y profesional, así como de integración social y laboral.

4.1. Nivel educativo de la mujer migrante venezolana

En el presente estudio se trabajó con 30 mujeres migrantes venezolanas con intención de permanencia en el municipio de Pasto, que participaron de manera voluntaria, con previa firma de consentimiento informado, a quienes se aplicó encuesta sociodemográfica, entrevista de grupo focal y observación.

Frente a la pregunta ¿cuál es su nivel de estudio?, se consolidó la siguiente información (ver Tabla 4)

Tabla 4

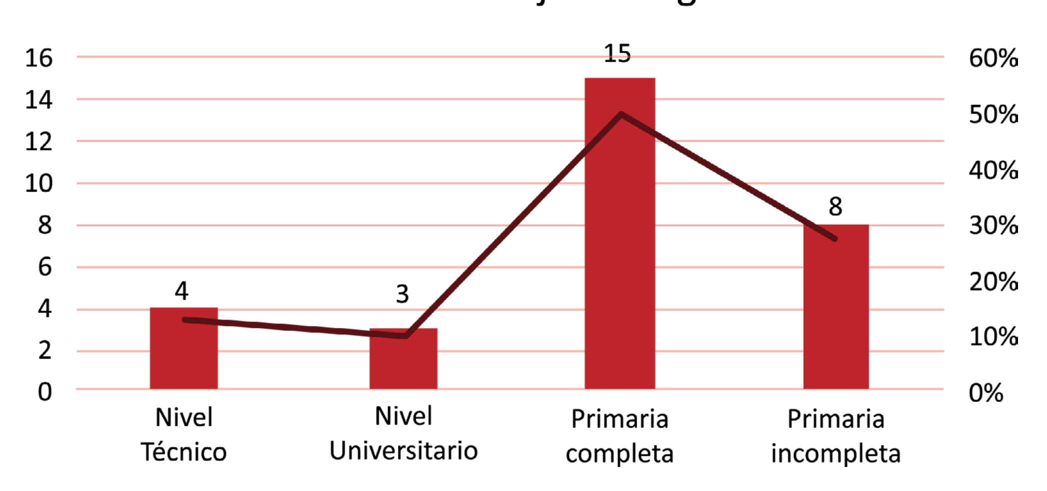
Nivel de estudio Grupo focal migrantes venezolanas - Pasto

Tipo	Variable	No.	%
Nivel educativo	Técnico	4	13 %
	Universitario	3	10 %
	Primaria completa	15	50 %
	Primaria incompleta	8	27 %

Con relación al nivel educativo (ver Figura 10), la gran mayoría (77 %) tiene un nivel educativo muy bajo, encontrando el 50 % con primaria completa y el 27 % con primaria incompleta. En la ocupación se encontró al 63 % en condición de desempleo, predominando en el tipo de ocupación, ser ama de casa con un 53 %.

Figura 10

Nivel educativo de mujeres migrantes venezolanas en Pasto



Existe estigmatización y diversos prejuicios sociales como la xenofobia frente a esta población, quienes se aíslan como un sentido de conservación, alejándose de contextos que pueden ser educativos sobre diversos temas, afectándoles directamente ya que, por ser moradores de un país ajeno, estos servicios educativos dan prioridad a los nativos de este país.

En el grupo focal 1, la entrevistada 4 menciona:

Mi mamá se casó a los 15 años y se fue a vivir con los abuelos paternos, y la enseñaron a ser mamá. Yo no tengo traumas, yo no fui, a mí nunca me pegaron, o sea, yo creo que cuando suceden esos casos, toca a los padres asumir esa responsabilidad y ayudar a que tú tienes que asumir esa responsabilidad […]. Otros que no te apoyan, te toca trabajar y estudiar, pues así tú lo quisiste, hasta aquí mamá que te va a complacer, a ti se te acabó la niñez, ahora vas a ser mamá, vas a estudiar, vas a trabajar, enfrentarte a la vida porque así tú lo decidiste de esa forma..

En Colombia, en comparación con sus compatriotas varones y colombianos y colombianas, las mujeres migrantes venezolanas tienen menos acceso a derechos sociales como salud, empleo y vivienda digna. Bonilla y Hernández (2021) mencionan que la pandemia ha aumentado la vulnerabilidad debido a las restricciones de movilidad y el declive de la economía nacional, especialmente para las mujeres en situación migratoria irregular, ya que carecen de empleos formales con beneficios que garanticen el acceso a la salud y condiciones de vida dignas. En Venezuela, los títulos universitarios no pueden ser convalidados debido a las dificultades económicas y administrativas del proceso.

El rol de madre por parte de la mujer es muy demarcado dentro de la responsabilidad y la dinámica del diario vivir; implica pasar la mayor parte del tiempo con sus hijos; se crea vínculos de confianza más marcados dentro de una familia estructurada o semiestructurada. En el grupo focal 2, la entrevistada 5 manifestó "…es que eso fue lo que nos faltó a nosotras: la educación".

El método fenomenológico de las narraciones de las participantes en las entrevistas permitió comprender la importancia de la formación y la educación, ya que a través de ella se facilitan las cosas para un ciudadano del mundo. Sin educación, no existen fronteras, pero sí las barreras de la pobreza, la inequidad y la falta de oportunidades de crecimiento.

4.2. Relación del nivel de estudio con ocupación

En Colombia, entre diciembre de 2021 y febrero de 2022, el 48 % de la población en edad laboral lo hace en el sector informal; de este universo, el 42,7 % son mujeres.

Mujeres venezolanas activas laboralmente en Colombia: el 82 % afirma haber tenido dificultades en la obtención de trabajo remunerado. De ese 82 %, solo el 16 % cuenta con un contrato escrito, frente al 84 % que refiere tener un contrato verbal. Tienen una carga de trabajo no remunerado en el hogar mayor que las colombianas. En comparación con el 35,3 % y el 30,6 % de las mujeres migrantes ocupadas y no ocupadas en Colombia, el 46,7 % de las mujeres venezolanas ocupadas y el 53,1 % de las no ocupadas, dicen dedicar al menos 20 horas semanales al cuidado de niños y niñas.

En esta investigación, la mayor parte de las encuestadas manifiesta estar desempleada, en un 63 %; un 30 % opinó ser independiente, mientras que un 7 % tiene empleo, con prestaciones sociales (ver Tabla 5).

Tabla 5

Ocupación de mujeres migrantes

Ocupación	Desempleada	19	63 %
	Empleada	2	7 %
	Independiente	9	30 %

Entre las ocupaciones, un 53 % son amas de casa; un 10 % comerciantes, un 7 % se divide entre ser estudiantes y trabajadoras sexuales, mientras un 3 % se dedica a ocupaciones de limpieza de hogares, tejido y cuidado de menores, estilistas, trabajo independiente, trabajo social, oficios varios y líderes de población migrante (ver Tabla 6).

Tabla 6

Tipos de ocupación en la población migrante

Tipo de Ocupación	Ama de casa	16	53 %
	Comerciante	3	10 %
	Estudiante	2	7 %
	Trabajadora sexual	2	7 %
	Limpieza de hogares	1	3 %
	Tejido y cuidado de menores	1	3 %
	Estilista	1	3 %
	Trabajo independiente	1	3 %
	Trabajo social	1	3 %
	Varios	1	3 %
	Líder población migrante (Desempleada)	1	3 %

Con relación a las mujeres migrantes, el emprendimiento se revela en iniciativas individuales o comunitarias que las alientan a asumir riesgos (incluyendo ser migrantes) y crear proyectos comerciales o sociales que satisfagan sus propias necesidades, las de sus familias y las de sus comunidades.

Las mujeres han construido históricamente su subjetividad en sociedades patriarcales fuertemente moldeadas por discursos dominantes. Miles de ellas han sido violadas por los estereotipos de género y la violencia que los acompaña. Su historia está marcada por

una lucha que debieron librar para ser reconocidas como sujetos de derecho, misma que no ha cesado hasta el día de hoy. Álvarez y Castro (2020) manifiestan que esto se debe a que las mujeres siguen siendo objeto de violencia física, psicológica, sexual y económica y, siguen enfrentando discriminación en el trabajo, en la escuela, en la calle y en el hogar y en minorías sexuales.

Los datos arrojados en la investigación también demuestran que la protección social desde la legalidad es básica y solo contribuye en un 7 %; subsidiados el 37 % y, sin afiliación, un 57 (ver Tabla 7).

Tabla 7

Afiliación

Afiliación	Contributivo	2	7 %
	Sin afiliación	17	57 %
	Subsidiado	11	37 %

La migración venezolana a Colombia, desde una perspectiva de género, ayuda a identificar desigualdades sociales, riesgos de seguridad, violaciones de derechos humanos y oportunidades para fortalecer agencias o capacidades. Sin embargo, es importante aclarar que, aunque el género es crucial para investigar el fenómeno migratorio, la raza, la edad, la clase social y el estatus migratorio influyen en las diversas experiencias de movilidad por los países, entre otros factores (Rebolledo y Rodríguez, 2014).

4.3. Educación, factor clave en la salud sexual y reproductiva

Es fundamental fomentar la acción por el cuidado de la salud femenina, ya que las mujeres sanas crean y replican entornos y familias saludables en la sociedad. Es esencial reconocer que el camino clave para prevenir riesgos es, brindar a esta población una educación para la vida, con herramientas para potenciar su autocuidado y contribuir a la inclusión social de las mujeres migrantes venezolanas, lo que contribuye a una sociedad más saludable.

En consecuencia, la educación desempeña un papel crucial en el desarrollo de la sexualidad y la reproducción para empoderar a las mujeres en Venezuela. Esto se logra al brindarles conocimientos y prácticas mejoradas en esta área, lo que reduce un determinante social que tiene un impacto negativo en la salud.

En las entrevistas se demostró que las mujeres reconocen la importancia de la educación, así como sus prácticas inadecuadas, debidas a un conocimiento insuficiente de la SSR, lo que ha influido en sus decisiones, como se puede ver en sus voces en los siguientes relatos: "Es que eso fue lo que nos faltó a nosotras: la educación" (Participante número 5

grupo focal número 4). "Es que eso es lo que falta en Venezuela: la parte de la educación sexual y también las ayudas en problemas familiares; uno quiere resolver las cosas y no sabe cómo" (Participante número 4 grupo focal número 4).

> A mí no me hablaban de eso ni en mi casa ni en ningún otro lado, [...] Mi mamá no me quería hablar de eso, [...] pero si a mí me hubieran dado la educación que ahora estoy teniendo, yo no hubiese parido tan temprano allá, yo hubiera estudiado, hubiese disfrutado mi juventud. (Participante número 3 grupo focal número 4)

Por lo tanto, una educación y una información adecuadas pueden retrasar el inicio de las relaciones sexuales, promover el uso adecuado de métodos anticonceptivos e influir en la toma de decisiones sobre la reproducción. Esta reflexión permite entender que la familia es la base de la sociedad y esta debe enfocarse en la educación, adaptándose a cada ciclo de vida, ya que la educación es fundamental para el futuro de una persona, especialmente de las mujeres.



Foto comunicaciones Universidad Mariana

"No sé, yo creo que la salud sexual y reproductiva es el estado físico y mental, ¿verdad? que debe tener una persona"

Mujer migrante venezolana

Participante número 3,
grupo focal número 1

Capítulo 5

Psicología del bienestar: un camino a la salud mental en las personas migrantes en cuanto a los derechos SSR

El principal propósito del capítulo es analizar la salud mental y el bienestar en la población migrante venezolana que ha sido desplazada de su país de origen debido, en gran parte, a las situaciones sociales, políticas y económicas, circunstancias que le han generado un alto nivel de estrés y, como consecuencia, estados de angustia y ansiedad.

Cabe señalar que esta sintomatología desencadenó un proceso de despersonalización y afectó significativamente sus emociones y sentimientos, así como su capacidad cognitiva y la forma de resolver problemas. La presente investigación muestra una realidad compleja en cuanto a su situación actual, puesto que es una población que, aunque ha desarrollado un cierto tipo de estrategias negativas frente a las vivencias difíciles que afronta a diario, las mismas no le han permitido interactuar adecuadamente, generando estados agobiantes y problemas de salud mental y física por falta de empatía, indiferencia y discriminación de algunas personas con las que tiene que vivir diariamente en el país que la alberga.

Si bien el gobierno colombiano, a partir de sus políticas públicas de salud, atiende a este grupo de personas, garantizándoles seguridad y protección, al realizar el estudio surgió dentro de las categorías inductivas, información que permitió corroborar secuelas psicológicas profundas difíciles de afrontar, que se ven reflejadas en actitudes y comportamientos negativos con las personas con quienes interactúan en su vida cotidiana, más aún cuando tienen la presión de no tener las condiciones necesarias para poder vivir dignamente y por carecer de un trabajo que les brinde estabilidad laboral. Por ello, es conveniente abordar la salud mental desde una mirada integral con base en el modelo biopsicosocial, que posibilite entender los efectos negativos que en ellas generan situaciones difíciles y estresantes que repercuten en su estado anímico y emocional.

En este sentido, es valioso comprender la salud desde los planteamientos propuestos por la psicología positiva, que analiza la importancia de las emociones, concluyendo a su vez que, su adecuado manejo se convierte en aspecto fundamental en el desarrollo físico y

mental de los sujetos. Este enfoque psicológico trata de desarrollar en las personas su potencial individual, con el fin de encaminarlo a mejorar su calidad de vida.

La OMS (2022) define la salud mental como "un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad" (párr. 2).

La situación de los migrantes venezolanos en lo concerniente a su estado de salud, como expresan los entrevistados, no es buena, porque sufren todo tipo de enfermedades como la depresión, estados de angustia, mala alimentación y trastornos del estado de ánimo como la ansiedad, que han desencadenado enfermedades de alto costo como la diabetes, el cáncer y ETS, entre las que se encuentra la sífilis, el VIH, entre otras. Cabe anotar que uno de los aspectos que más preocupa es el alto riesgo que corren aquellos asentados en el municipio de Pasto quienes, como consecuencia y producto del hacinamiento, la falta de elementos de aseo y una alimentación poco balanceada, afectan considerablemente su estado de salud, lo que repercute en su equilibrio mental y físico; por ello, la promoción de la salud que permita una adecuada atención para mejorar su calidad de vida en este tipo de población, es primordial.

A partir de lo expuesto, la salud es considerada como "el estado completo de bienestar físico, mental y social y, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Cardozo y Rondón, 2014, p. 1079). Por lo tanto, al hacer un análisis de lo que implica considerar el modelo biopsicosocial en la comprensión de la salud y la enfermedad, se debe observar los diferentes factores que están estrechamente ligados a dicho concepto. Así, la psicología de la salud contribuye en la promoción de políticas que conduzcan a mantener hábitos de vida saludable en la población. Dentro del tributo que surge de las ciencias de la salud, la psicología representa un papel fundamental a la hora de evaluar la etiología y las causas de las enfermedades mentales, así como la patogénesis y el estudio epidemiológico que originan las tasas de movilidad y mortalidad. En virtud de esto, se puede afirmar que:

> La psicología de la salud aplica los métodos, tratamientos y técnicas, al igual que los últimos avances científicos, para evaluar, diagnosticar y prevenir enfermedades de origen físico o psicológico o cualquier otro tipo de comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar. (Oblitas, 2017, p. 10)

Avanzando en nuestros planteamientos anteriores, podemos considerar al psicólogo como generador de nuevas comprensiones de la enfermedad, dado que lo hace desde una visión integradora en la cual tiene en cuenta tanto la biología como el aspecto mental y social,

incluyendo la dimensión espiritual que nos permite el acercamiento para entender lo que sucede en los migrantes cuando ellos experimentan situaciones límites y angustiantes, entendida como:

La dimensión propiamente humana a través de la cual las personas logran encontrar su propósito en la vida. Así mismo, se despierta en ellos mayores expectativas y deseos de vivir a pesar de las circunstancias dolorosas por las que han tenido que atravesar y lo más importante: tienen "la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios" (Rodríguez, 2011, p. 206).

La espiritualidad ayuda de forma especial a que las personas logren encontrar un sentido a aquello que les está sucediendo en lo relacionado con el sufrimiento y la soledad. Los migrantes venezolanos, debido al desplazamiento que experimentan, se refugian en sus creencias en Dios, sintiendo que él les brinda tranquilidad y descanso frente a las circunstancias tan difíciles que están pasando por cuestiones ajenas a su voluntad, en tanto no esperaban tener que compartir con gente extraña que no está de acuerdo con su modo de pensar y de actuar.

5.1. Aproximación al modelo biopsicosocial

Antes de profundizar en la conceptualización de salud mental, debemos mencionar las dificultades por las que atraviesan las personas migrantes radicadas en la ciudad de Pasto, en lo referente a su salud mental, la cual emerge a partir de las vivencias que han sido expuestas, como los comportamientos marcados por la violencia física y psicológica, al igual que, por estados de ansiedad y la pérdida, en muchas ocasiones, del sentido de vida, que las lleva a situaciones agobiantes.

Se concluyó que, pese a que son mujeres con bajos niveles de autoestima y mínima comunicación y relación con los demás, sus estados de tristeza se relacionan con sintomatología como sensibilidad (llanto), melancolía, falta de aceptación y nostalgia de patria.

En la actualidad, y considerando la situación que viven los migrantes, es imperioso entender el modelo holístico como el acercamiento al entretejido de las diversas dinámicas interaccionales que se suceden en determinado grupo comunitario, lo cual facilita la comprensión de estos grupos dentro de los diferentes aspectos políticos y educativos que inciden en la aparición de la enfermedad mental (Musitu et al., 2004).

En tal sentido, podemos considerar que, entender los estados de salud de manera integral, posibilita aproximarnos a factores que influyen en su estado anímico, considerando que se trata de personas desplazadas y vulnerables; por ello, cabe resaltar el carácter que le imprime el modelo biopsicosocial en cuanto a la comprensión de la salud mental y la enfermedad, dado que es un enfoque que no deja de lado sus tradiciones y creencias y que son propias al modelo médico positivista de

la ciencia actual, que muestra un reduccionismo marcado en el estudio de la enfermedad, ya que no considera el análisis de las creencias y costumbres de un contexto en particular; reduccionismo que no permite tener la mirada desde un paradigma sistémico en el cual intervienen diferentes subsistemas que afectan su salud (Oblitas, 2008).

Así mismo, este modelo podría ser explicado a partir del paradigma sistémico; es decir, desde el entretejido a nivel de interacciones que se suceden entre las personas y su entorno, como lo afirma Bronfenbrenner (como se cita en Gifre y Guitart, 2012), al señalar que la ecología del desarrollo humano hace referencia a:

> El análisis de los diversos contextos que suceden en entornos marcados por sistemas propios de creencias y cosmovisiones que surgen en las diferentes dinámicas sociales o comunitarias, en las que se construyen significados diferentes a partir de las pautas culturales impuestas por la cultura o la tradición. Lo que a su vez posibilita resignificar nuevas simbologías en cuanto a la salud. (p. 84)

Así, el estudio de los subsistemas que hacen parte de un determinado orden social permite apreciar que, en las personas migrantes se debe tener en cuenta los hábitos de vida que practicaban en su región de origen y que, al haberlos cambiado de forma repentina, se convierten en situaciones angustiantes que pueden afectar su salud, pues esas mismas vivencias se convierten en experiencias límites que dejan huellas negativas en sus vidas.

De igual manera, los migrantes tuvieron acontecimientos que marcaron su vida individual, familiar y social, dejando en muchas ocasiones secuelas de gran impacto en su historia de vida. Según Foucault (2005), se comprende que hay acontecimientos que emergen inesperadamente y cambian bruscamente la experiencia cotidiana en cada una de las personas.

De lo anterior, las prácticas discursivas dejan entrever en las interacciones de la población migrante que “las narrativas se convierten en fundamentales puesto que facilitan entender las diferentes dinámicas de poder que se suceden al interior de un determinado contexto” (Mora et al., 2020, p. 29), discurso que se ve reflejado en las actitudes que muestran las personas que han sido parte de esta investigación.

En tal sentido, un acontecimiento es una vivencia del individuo, cargada de eventos fuera de lo común, que dejan recuerdos significativos en su historia de vida. Puede ser que en un acontecimiento la persona encuentre experiencias límite que logren resignificar ciertas posturas o pensamientos relacionados con su proyecto existencial, una vez logre tener esa experiencia. En el caso de los migrantes, podemos encontrar acontecimientos que son significativos, que no les permiten adaptarse, debido a la poca tolerancia que encuentran en el lugar al cual llegan para refugiarse. Según la población investigada, dentro de

sus historias lo que más les ha marcado es lo referente a la violencia y las situaciones de conflicto, así como la pobreza extrema en la que viven, que los tiene marginados, al punto de ser rechazados por la sociedad debido a su condición económica.

Continuando con este análisis reflexivo sobre la categoría de la pobreza, se acude a Cerutti (2006), quien manifiesta que, en la época moderna la pobreza se profundiza; la miseria y la pobreza y todas sus secuelas se extienden por el globo sin perdonar regiones. De todos modos, es particularmente grave en el Tercer Mundo, al punto que, se identifica la imagen de ese mundo con esas situaciones de necesidad extrema humana.

La situación de pobreza conlleva que las diferentes dimensiones como la social, familiar, personal y espiritual se vean afectadas, de suerte que repercuten en la calidad de vida de los sujetos a nivel existencial, generando crisis existenciales, debido en gran medida a la situación de migración por la que están atravesando.

Dentro del análisis como categoría inductiva en esta investigación, es importante considerar la dimensión espiritual y, dentro de ella, tres aspectos clave: la culpa, el sufrimiento y la muerte.

¿Qué es la culpa desde la mirada de los migrantes venezolanos? Para abordar este aspecto es esencial retomar la noción de culpa, la cual procede de la noción de libre albedrío, porque si no se afirma esta segunda noción, no se puede afirmar tampoco la noción de culpa. No se puede hablar de culpa mientras se sostenga al mismo tiempo que no se cree en el libre albedrío.

La culpa se convierte en la narrativa de los migrantes, volviéndose el pretexto clave para tratar de comprender su estructura psíquica, puesto que sus vivencias están permeadas por eventos producidos desde el mismo instante en que abandonan, sin querer, su tierra, sus costumbres y tradiciones e, incluso, sus sueños y anhelos más íntimos, dejando atrás recuerdos de sus familias, padres, hermanos , esposas o compañeros y, puede generar un trauma por la no presencia de sus seres queridos, que despierta en ellos momentos de angustia y soledad. Esa culpa está marcada muchas veces cuando recuerdan eventos dolorosos o situaciones en las que ha habido violencia y conflictos entre ellos y sus amigos o familiares; inclusive, al momento de haber abandonado a sus padres e hijos y tener que salir de su casa en búsqueda de otros horizontes; así mismo, cuando descubren que en el acto sexual han sido contagiados con ETS o han tenido experiencias de aborto o robo en los lugares donde actualmente viven.

El sufrimiento genera diferentes estados emocionales que desbordan su equilibrio emocional; hay muchas situaciones límite en su acontecer diario, que los hacen vivir de manera estoica; es decir, con angustia, dolor y, a veces, con la propia muerte.

La definición de violencia tiene alcances insospechados, porque no solo compromete a los migrantes en forma individual, sino también a las familias y las comunidades. No obstante, los conceptos de violencia como el de la OMS son analizados desde una mirada o perspectiva psicológica y/o social, de suerte que sea posible entender esos vínculos que movilizan entre el límite de la vida o de la muerte.

Tema importante para analizar es lo referente a los trastornos del estado de ánimo; para tal fin, es conveniente profundizar en las emociones debido a que, como categoría inductiva, emerge en la población migrante puesto que, situaciones difíciles que se desarrollan en su psique, producen eventos traumáticos, producto de extremas condiciones de vida, ya que por el simple hecho de permanecer fuera de su núcleo familiar, estas emociones conducen a sentir sensaciones placenteras o displacenteras que repercuten de forma significativa en las relaciones con los demás.

Por lo mencionado, la psicología positiva es aquella que estudia los fundamentos para alcanzar una adecuada calidad de vida y potencializar los recursos que posee cada persona a nivel del potencial de desarrollo humano, siendo la base para entender la capacidad creativa de los sujetos y no únicamente centrarse en los aspectos negativos de su personalidad (Oblitas, 2008).

La psicología, desde un enfoque positivo, busca que los individuos tomen conciencia de sus talentos y valores creativos, que les permitan enfrentar circunstancias adversas permitiéndoles tener una capacidad de resiliencia para manejar sus emociones y sentimientos (Seligman, 2011).

De lo planteado, Maureira (2023) afirma que, desde la mirada de la psicología, se presenta principios, se estudia las emociones, las capacidades y fortalezas artísticas e intelectuales que poseen los sujetos, característica que conlleva que se tome conciencia del papel activo de los individuos en una sociedad.

La reflexión que surge es que, los gobiernos que reciben población desplazada deberían trabajar en estrategias encaminadas al cuidado de la salud mental de las personas, lo que repercutiría en su estado emocional; más aún, si se trata de trabajar con población que sufre el evento traumático de la migración. En este orden de ideas, los migrantes necesitan una atención oportuna frente a su salud física y mental. Con base en ello, en la investigación se trabajó lo relacionado con los DSR de la población migrante venezolana, analizando las serias dificultades en este aspecto, motivo por el cual, es imperioso trabajar con temas que refieren comportamientos saludables, entendiéndolos como, las actividades que ejecutan los individuos y que inciden en la posibilidad de obtener resultados positivos que favorezcan su salud y calidad de vida, lo que a su vez incidirá en un buen estado social y emocional que les permitirá mantener una mejor calidad.

En tal sentido, los modelos conductuales enfatizan en las condiciones ambientales como provocadoras de respuestas, dispensadoras de recompensas y, en definitiva, moldeadoras del comportamiento de los sujetos (Rubio, s.f.). El ambiente en el cual los sujetos se desenvuelven representa un papel importante en el mantenimiento de su salud; en los hábitos de vida saludable se puede poner en práctica ciertas pautas como la buena alimentación, el ejercicio físico y la recreación.

Promover una atención primaria que contribuya a atender a población desplazada favorece, en cierta medida, prestar atención a enfermedades en sus fases iniciales y así, evitar que desarrollen dolencias crónicas de alto costo como VIH, diabetes, cáncer, entre otras; por ello, las conductas saludables son "aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad" (Oblitas, 2008, p. 17); de ahí la importancia de practicar ejercicio físico y mantener un nivel nutricional adecuado.

El factor más decisivo en este nuevo enfoque en el campo de la salud ha sido el que las causas de fallecimientos surgen de conductas generadas por hábitos de vida poco saludables (Oblitas, 2017).

Es fundamental el manejo adecuado de actitudes y emociones que promuevan pensamientos positivos, al igual que el control de las emociones y comportamientos frente a cualquier circunstancia que la vida depare; esto facilita los procesos de adaptación de los sujetos ante determinadas vivencias traumáticas.

A partir de la teoría de la pirámide de necesidades de Maslow (Casternao, 2022) se contempla que los individuos por lo general van a estar motivados por cumplir metas, al igual que por ciertas necesidades que van de las básicas a las de mayor trascendencia; así es como surge la reflexión acerca de las personas migrantes, dado que, en su mayoría, sus necesidades básicas como alimentación, seguridad y vivienda son insatisfechas.

Dentro de la teoría de Maslow, se considera de vital importancia otro tipo de necesidades como: filiación, autoestima, autorrealización personal; por tal razón, es conveniente que nos detengamos a pensar que la población desplazada no cumple con esta escala de necesidades pues carecen de condiciones mínimas de vivienda, trabajo y salud; menos, de alcanzar la autorrealización; de todas maneras, no por ello dejan de tener la capacidad creadora a pesar de sus circunstancias y limitaciones. En tal sentido, la creatividad es entendida como:

> La manera [como] los individuos desarrollan la creatividad con el fin de producir nuevas cosas; así mismo, la forma [como] solucionan sus problemas, permitiéndoles adaptarse de forma adecuada a las nuevas circunstancias que el ambiente les señale, así las circunstancias sean dolorosas y logren alcanzar sus expectativas y metas. (Oblitas, 2008, p. 22)

Para Maslow, la creatividad no es solamente un aspecto parcial de la personalidad, sino que está vinculado íntegramente todo el ser. Así, se puede entender cómo, al desarrollar la creatividad, es posible alcanzar estados de conciencia más elevados que nos posibiliten entender a los demás y prestarnos ayuda mutua, lo cual repercute en tener una calidad de vida que ayude a mejorar nuestra actitud positiva ante la vida y nuestra capacidad de resiliencia, que contribuye a una buena salud mental.

De igual forma, habría que señalar que los migrantes desarrollan un liderazgo que es resultado de querer salir adelante en busca de nuevas oportunidades de vida, de nuevos encuentros con personas que comienzan a conocer con costumbres diferentes y modos de actuar distintos; esta actitud creativa se convierte en un tipo de resiliencia frente a las problemáticas que experimentan cada día en su vida. Por tal motivo, la creatividad hace parte del liderazgo.

Con la población de migrantes venezolanos se debería impulsar campañas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, buscando que adquieran comportamientos de vida saludable a través de la práctica del deporte, la sana recreación, el manejo del tiempo libre, el evitar el consumo de sustancias psicoactivas y, la disminución de los factores que produzcan estrés y diferentes clases de conflictos que puedan desencadenar violencia.

Hacia la reconstrucción del sentido de vida en migrantes venezolanos

La manera como cada sujeto orienta sus expectativas y sueños le confiere un propósito a su existencia, puesto que le permite sentir la vida y afrontar sus dificultades de forma diferente.

Cabe mencionar que la situación de ser migrantes puede despertar diferentes interrogantes existenciales como producto de la desintegración social, la pérdida de valores, la deshumanización y los diferentes conflictos y estados de violencia que los han llevado a experimentar falta de sentido por vivir. Para Frankl (como se cita en Mariñez, 2003) “vivimos una época en que es creciente la difusión del complejo de vacuidad, o lo que es mejor, de vacío existencial” (p. 45). La población que participó en la investigación manifestó que en muchas ocasiones han querido acabar con su propia vida, sumergiéndose en un alejamiento del verdadero valor que tiene su existencia.

Bajo este escenario, se vuelve fundamental aproximarnos a la comprensión de la logoterapia propuesta por Frankl, quien precisamente argumenta dentro de sus postulados teóricos, el considerar que para comprender el comportamiento humano se necesita del análisis de tres dimensiones: la somática, la psíquica y la espiritual, las cuales, para su respectivo análisis, son trabajadas de manera holística e integral, sin separarlas, porque emergen en un fluir constante en los actos de las personas.

En el plano somático, lo primero que se afecta en las personas que sufren ante un evento traumático y doloroso, en este caso el hecho de ser forzosamente migrantes como consecuencia de un conflicto en sus países de origen, va a ser su salud física y mental, dado que, a nivel psíquico, emergen aquellos recuerdos dolorosos y traumáticos y vivencias personales que les traen a su mente sentimientos en varias ocasiones angustiantes. En el plano espiritual se devela esa dimensión trascendente que les permite dirigir sus pensamientos a valores como los religiosos y artísticos y, hacia la resignificación de su proyecto de vida.

Los sujetos que hicieron parte de la investigación manifestaron que uno de los aspectos que emerge después del evento traumático a causa del desplazamiento migratorio se relaciona directamente con la dimensión espiritual, entendiendo esta dimensión, según Lukas (2003) como:

> Algo infinito "humano primitivo". La adopción de una postura libre frente a lo corporal y lo anímico, las decisiones volitivas autónomas (intencionalidad), el interés objetivo y artístico, el desarrollo creativo, la religiosidad y el sentimiento ético ("conciencia"), la comprensión del valor y el amor se asientan en la espiritualidad del ser humano. (p. 27)

Cabe anotar que esta definición nos adentra a entender que la fe ante eventos de difícil comprensión ayuda a las personas a encontrar una esperanza que se ve encausada a lograr mejores oportunidades que posibiliten avanzar en el proyecto de vida de manera significativa.

Lersch (como se cita en Luna, 1996), afirma que "el pensamiento en su función espiritual, trasforma la realidad dolorosa oscura, en una vivencia con significado que produce una claridad interior" (p. 23); esa claridad interior la proporciona la nueva oportunidad que Dios y la vida ofrecen. "Los sujetos de la investigación consideran que después de la explosión tienen una segunda oportunidad en su vida y por ello van a seguir adelante luchando y trabajando" (p. 23). Y es que la vida se resignifica después de la vivencia traumática, asumiendo un sentido nuevo y diferente.

Ahondando este referente teórico, se encuentra también la posición de Frankl (como se cita en Mariñez, 2003), quien afirma que en nuestras vidas cada día se da un nuevo significado que se va construyendo en cada hora. Cada día aguarda un nuevo sentido y, por lo tanto, una nueva situación a la que hay que hacerle frente; por eso es que la población migrante venezolana alcanza a comprender que las vivencias que la vida les depara son por una situación positiva o negativa; les hace valorar cada instante que compartieron con sus seres queridos en su país de origen. De igual manera, logran tener la capacidad de resiliencia para enfrentar situaciones adversas y alcanzar así, un nuevo propósito en su existencia.



Foto comunicaciones Universidad Mariana

“Gracias por todo el apoyo y por enseñarnos a valorarnos como mujeres (...) Dios las bendiga y que siempre nos sigan apoyando (...)”

Mujer migrante venezolana

Taller de intervención
Pasto - Nariño

Capítulo 6

Retos y oportunidades

Hay mucho trabajo por hacer para asegurar la salud pública de la población migrante venezolana, lo cual es un desafío importante que requiere un enfoque intersectorial para proteger la salud como derecho fundamental y permitir el uso efectivo de los DSR.

La gestión integral del riesgo en salud con la intervención de los determinantes sociales desde todos los sectores es crucial para esta intervención, por lo que este capítulo se centra en la intervención desde los escenarios de salud, educación y protección social, con el componente de la innovación social y la garantía de la seguridad humana para las mujeres migrantes:

- I) Innovación social: el caso de la migración en mujeres venezolanas en la ciudad de Pasto.
- II) Escenarios para la implementación de un modelo integral de gestión del riesgo en salud.
- III) Escenario de educación en el modelo integral de gestión del riesgo en salud con migrantes mujeres.
- IV) Escenario de la protección social para la migrante venezolana.
- V) Seguridad humana de la mujer migrante.

6.1. Innovación social: el caso de la migración en mujeres venezolanas en la ciudad de Pasto

Según la Agenda 2030 de Migración e Igualdad de Género de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2017), las mujeres migrantes desempeñan un papel primordial en términos de participación económica, no solo en la contribución al sistema tributario y de seguridad social, sino también en la provisión de bienes y servicios y en las cadenas de cuidado. Esto abre nuevas oportunidades de trabajo y permite que las mujeres en los países receptores busquen trabajo.

Las ciudades y regiones donde las mujeres migrantes tienen un impacto en el desarrollo social y económico deben implementar políticas y directrices claras que permitan intervenir con poblaciones vulnerables,

con esquemas de actuación integrales en la salud, la educación y la protección social.

La presente investigación aporta nuevos conocimientos y se puede considerar innovadora en cuanto al contexto de la migración que, en la actualidad, es un tema que no ha sido investigado a fondo y en el que se encuentran distintos aspectos que afectan a la población y en los que se puede intervenir para implementar.

6.1.1. Conceptualización de la innovación social

La innovación social se refiere a la creación de soluciones innovadoras, eficientes y sostenibles para abordar problemas sociales y mejorar la calidad de vida de las comunidades; implica crear enfoques integrales que se centren en las necesidades específicas de las mujeres migrantes y promuevan su inclusión y bienestar en el contexto de la gestión integral del riesgo en salud.

6.1.2. Escenarios de práctica desde salud, educación y protección social

Salud: se puede crear centros de atención médica específicos para mujeres migrantes, en los que se brinde servicios completos y culturalmente sensibles. Estos sitios podrían brindar atención médica general, atención prenatal y postnatal, atención sexual y reproductiva y atención mental. Es crucial capacitar a los médicos y enfermeros para atender las necesidades particulares de las mujeres migrantes.

Educación: se puede implementar programas de capacitación y sensibilización en el ámbito educativo dirigidos a docentes y profesionales de la salud, con el objetivo de aumentar la comprensión de las necesidades y demandas de salud que enfrentan las mujeres migrantes. Esto permite brindar una atención y apoyo adecuados en los entornos educativos, lo que facilita la integración y el acceso a servicios de salud.

Protección social: es esencial implementar planes y programas de atención social que aborden las demandas específicas de salud de las mujeres migrantes. Esto incluye brindar seguro médico accesible, fomentar la igualdad de género y el empoderamiento económico y, prevenir y tratar la explotación y la violencia de género.

Conclusiones

El uso del Modelo de Gestión Integral del Riesgo en Salud en prácticas con mujeres migrantes es crucial para abordar los obstáculos en la gestión de la salud de este grupo vulnerable. La innovación social es esencial para crear soluciones efectivas y sostenibles que se enfoquen en sus necesidades específicas y promuevan su inclusión y bienestar.

Los escenarios de práctica en los campos de la salud, la educación y la protección social pueden ayudar a garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad y fomentar la integración de las mujeres

migrantes en la sociedad que las recibe. Para tener un impacto significativo, es esencial que varios actores, como gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en general, trabajen juntos para desarrollar estrategias innovadoras y, socialmente responsables.

6.2. Escenarios para la implementación de un modelo integral de gestión del riesgo en salud

El desarrollo de escenarios para la implementación de un modelo integral de gestión del riesgo en salud es fundamental para garantizar que el sistema funcione bien y tenga éxito. Este proceso incluye la identificación y evaluación de riesgos potenciales y la creación de planes y medidas preventivas para reducir su impacto. Además, es crucial tener en cuenta una variedad de factores que pueden afectar el éxito del modelo, incluido el entorno socioeconómico, cultural y político en el que se implementará.

Para lograr una implementación exitosa, es básico contar con un equipo multidisciplinario que incluya expertos en salud pública, epidemiología, educación, estadística y comunicación. Asimismo, se debe establecer canales efectivos de comunicación con los actores clave del sistema de salud, como los proveedores de servicios médicos y los pacientes, en este caso, las mujeres migrantes venezolanas.

El desarrollo de escenarios no es suficiente para garantizar la eficacia y eficiencia del modelo de gestión del riesgo en salud, ya que también se necesita medidas concretas y acciones específicas para abordar los riesgos identificados. Para ello, es fundamental contar con un equipo multidisciplinario que pueda analizar los datos y establecer estrategias efectivas para minimizar los riesgos.

Figura 11

Mujer migrante



Fuente: OpenAI (2024)

6.3. Escenario de educación en el modelo integral de gestión del riesgo en salud con mujeres migrantes

Es perentorio fomentar la cultura de seguridad del paciente y la comunicación efectiva entre este y los proveedores de servicios médicos. La implementación de tecnologías innovadoras también puede ser una herramienta valiosa para mejorar la gestión de riesgos en salud, como el uso de inteligencia artificial para identificar patrones y predecir posibles riesgos. En definitiva, la gestión del riesgo en salud es un proceso continuo que requiere una colaboración activa entre todos los actores involucrados para garantizar la seguridad y calidad del cuidado de la salud.

Además, debido a que la violencia de género y los DSR son problemas comunes entre las mujeres migrantes, es urgente que se aborde estos temas. Se debe implementar estrategias participativas y culturalmente apropiadas que involucren a las mujeres migrantes en el proceso de aprendizaje, para que la educación sea efectiva.

Esto puede incluir sesiones informativas, talleres interactivos y grupos de discusión. Finalmente, la educación en el modelo integral de gestión del riesgo en salud con mujeres migrantes debe ser una herramienta para empoderarlas y garantizar su acceso a información y servicios de salud de alta calidad, en igualdad de condiciones que el resto de la población. Solo así será posible avalar una atención médica adecuada y justa para todos, sin importar su situación migratoria o género. Aunque el enfoque de género es crucial en la gestión del riesgo en salud, no se debe ignorar la educación integral de los migrantes hombres, ya que también enfrentan problemas de salud y requieren acceso a información y servicios de alta calidad.

Se asume que el lugar de origen o circunstancia de migración, al igual que la educación en salud, debe ser un medio para informar a la sociedad sobre las necesidades particulares de las mujeres migrantes y fomentar una cultura de respeto e inclusión. En resumen, la educación integral en salud es fundamental para garantizar el bienestar y la salud de las mujeres migrantes y promover una sociedad más justa e inclusiva.

En síntesis, satisfacer las demandas médicas de las personas migrantes requiere una visión integral que va más allá de la simple prestación de atención médica. Es primordial abordar los factores sociales que afectan la salud, como las barreras lingüísticas, la discriminación y la falta de oportunidades educativas y laborales. Los médicos deben capacitarse para brindar una atención culturalmente sensible que tenga en cuenta las experiencias y perspectivas distintas de las comunidades migrantes. Así se podrá asegurar que todas las personas tengan acceso a los recursos que necesitan para lograr unos resultados sanitarios óptimos, promoviendo la equidad y la justicia social en la atención sanitaria. Finalmente, invertir en la salud de las personas migrantes no se limita a los derechos humanos, sino también a una inversión inteligente en la salud pública y el desarrollo mundial.

6.4. Escenario de protección social para los inmigrantes venezolanos

La protección social es crucial en el modelo integral de salud porque brinda a los migrantes venezolanos acceso a servicios de salud, educación y vivienda digna, así como oportunidades laborales y de desarrollo personal. La protección social también reduce la vulnerabilidad de esta población en situaciones de riesgo y exclusión al promover la inclusión social. Es esencial que los gobiernos y las organizaciones internacionales colaboren en la implementación de políticas y programas que protejan a esta población, garantizando su acceso a los recursos necesarios para llevar una vida digna y sostenible.

Esto no solo tendrá un impacto positivo en los migrantes, sino que también en el crecimiento económico y social de los países que los reciben. Es valioso reconocer y valorar la contribución que los migrantes venezolanos realizan a sus comunidades de acogida y, brindarles el respaldo que necesitan para su desarrollo. No obstante, hay quienes sostienen que brindar protección social a los migrantes venezolanos podría ser considerado una carga para los países que los reciben, lo que podría generar conflictos sociales y económicos.

Es necesario analizar los efectos de la falta de productividad de los migrantes mientras transitan por las zonas intermedias y fronterizas y, encontrar formas de lograr una integración efectiva y beneficiosa para todos. Es importante considerar que la comunidad internacional debe trabajar unida y de forma solidaria, para abordar la migración como un fenómeno global. Que las políticas y programas de protección social sean inclusivos y adaptados a las necesidades particulares de los migrantes venezolanos, considerando su situación migratoria, género, edad y otros factores relevantes. Para garantizar todo lo anterior, los gobiernos y las organizaciones internacionales deben colaborar.

Se requiere abordar la protección social para las mujeres migrantes venezolanas desde una perspectiva de género y derechos humanos, teniendo en cuenta sus necesidades y particularidades únicas, para asegurar su bienestar y seguridad en su nueva nación. Es momento de tomar medidas para asegurar que todas ellas, incluyendo a los hombres, tengan acceso a la protección social y a una vida digna y sostenible.

6.5. Seguridad humana de la mujer migrante

Es vital promover la seguridad humana en cada una de las etapas de la experiencia migratoria de la mujer migrante, para protegerla y garantizar sus derechos humanos, sexuales y reproductivos; esto implica garantizar su salud, educación, seguridad laboral, políticas públicas y acceso a la justicia, promover su participación y empoderamiento e, intervenir los determinantes sociales que ponen en peligro su salud.

Por lo tanto, la intervención intersectorial debe enfocarse en la mujer como individuo, independientemente de su lugar de origen, para lograr soluciones efectivas a las inequidades en salud de esta población. Es menester implementar políticas públicas incluyentes que sean aplicables a todas las personas, independientemente de si son migrantes o no y, donde la seguridad humana sea el principal objetivo.

Es evidente que, para mejorar la seguridad humana de las mujeres migrantes, es preciso contar con redes de apoyo social efectivas en las que se respete la diversidad cultural y la condición de ser migrante. Se debe dejar atrás la indiferencia social y construir un país mejor de la mano de la población migrante, quienes pueden contribuir significativamente al crecimiento social y económico del país.



“Mujer: “Estás llamada a educarte, para empoderarte y a ser ejemplo de vida para dejar huella y un legado imborrable en tu familia y en la sociedad”en la sociedad”

Autor: Janeth Lorena Chavez Martínez

Mujer migrante venezolana
Foto comunicaciones Universidad Mariana

Conclusiones

Existen determinantes sociales dados en el contexto migratorio, que inciden de forma negativa en los conocimientos y prácticas de SSR de las migrantes venezolanas, lo que desencadena muchas necesidades insatisfechas en esta dimensión tan importante para un buen vivir; por tanto, se requiere la intervención intersectorial para garantizar el goce pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

La migración presenta implicaciones en la salud mental, lo que incide negativamente en los conocimientos y prácticas de SSR de las migrantes venezolanas; por ende, es relevante intervenir psicosocialmente en el abordaje de esta población.

La presencia de las mujeres dentro de los flujos migratorios y el impacto que esta situación tiene, plantean un gran desafío respecto al tratamiento de su especial situación, con un enfoque de derechos humanos y de género; no se puede dejar atrás el panorama de la feminización de la migración venezolana, siendo necesaria su visibilización de las particularidades y las vulnerabilidades específicas, rescatando valores como la dignidad y el respeto a la libre identificación del ser y el desarrollo de la libre personalidad.

Dado que la migración trae consigo la feminización, es urgente visibilizar las particularidades y las vulnerabilidades específicas de las mujeres migrantes, para dar respuesta a las necesidades insatisfechas en SSR. De igual manera, aunar esfuerzos nacionales e internacionales para garantizar a la población venezolana una migración segura, con acceso universal a los servicios de salud, aseguramiento, acceso fácil al PEP, así como una educación para la salud que permita su empoderamiento, autocuidado, intervención oportuna de los riesgos en salud y, con ello, la adquisición de conocimientos y prácticas en SSR saludables.

Se requiere un modelo de atención integral en salud diferencial al migrante, con enfoque de gestión integral del riesgo en salud, que tenga en cuenta las condiciones de vulnerabilidad y particularidades de esta población, que incluya una contratación integral con toda la red de prestadores de servicios de salud, en aras de poder mejorar su salud y, de contar con conocimientos y prácticas positivas en SSR, que les permitan un buen vivir.

Referencias

Agencia de la ONU para los Refugiados. (UNHCR – ACNUR). (1985). Convenio sobre cooperación internacional en materia de asistencia administrativa a los refugiados. https://www.refworld.org/es/leg/legislation/ue/1985/es/130245.

Agencia de la ONU para los Refugiados. (UNHCR – ACNUR). (2000). Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional. https://www.refworld.org/es/leg/resolution/unga/2000/es/128416.

Alcaldía de Pasto. (2020). Plan Territorial de Salud Municipio de Pasto 2020-2023 Plan de Desarrollo Pasto La Gran Capital 2020-2023. https://www.pasto.gov.co/index.php/planes-programas-proyectos-y-su-ejecucion/126-plan-de-desarrollo.

Alfonzo, N. (2012). Técnicas e instrumentos de recolección de datos cualitativos. https://www.monografias.com/trabajos93/tecnicas-e-instrumentos-recoleccion-datos-cualitativos/tecnicas-e-instrumentos-recoleccion-datos-cualitativos

Álvarez, Y. y Castro, D. C. (2020). Frontera, resistencia y vulnerabilidad de mujeres migrantes emprendedoras en Colombia. *Revista Venezolana de Gerencia, RVG, 25*(90), 427-445. https://doi.org/10.37960/rvg.v25i90.32387

Bastidas-Terán, F. (2021). La crisis de legitimidad del Estado: la necesidad de integrar los derechos humanos en el diseño de políticas públicas. *Revista Estudios Culturales, 14*(27), 7-12.

Bembibre, C. (2012). Definición de Práctica. https://significado.com/practica/.

Bonilla, S. y Hernández, S. (2021). Habitar en tierra ajena: estudio sobre las condiciones de vida de mujeres migrantes venezolanas en Colombia. *Revista Latinoamericana Estudios de la paz y el conflicto, 3*(5), 160-182. https://doi.org/10.5377/rlpc.v3i5.12808

Cancillería de Colombia. (2018). Política Integral Migratoria. https://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/politica

Cardozo, I. V. y Rondón, J. E. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 17*(3). 1079-1107.

Casternao, Á. (2022). Qué es la pirámide de Maslow y la teoría de las necesidades. https://blog.institutoserca.com/que-es-la-piramide-de-maslow-y-necesidades/#:~:text=La%20Pir%C3%A1mide%20de%20Maslow%20es,desarrollando%20nuevas%20necesidades%20y%20deseos

Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y educación en enfermería, 18*(1), 27-35.

Cerutti, H. (2006). *Filosofía de la liberación latinoamericana* (3.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.

Circular Externa No. 040 de 2015. (2015, 23 de septiembre). Ministerio de Salud y Protección Social https://www.risaralda.gov.co/salud/descargar.php?idFile=27961

Circular Externa No. 012 de 2017. (2017, 9 de noviembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.dssa.gov.co/images/rips/docs/circular-0012-de-2017.pdf

Circular Externa No. 025 de 2017. (2017, 31 de julio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf

Circular Externa No. 107 de 2019. (2019, 15 de mayo). Atención a migrantes. Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/planeacion/2019/CIRCULAR_107_ATENCION_A_MIGRANTESNUEVA_compressed.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Montevideo. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/S20131037_es.pdf

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2018). Documento CONPES 3950. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf

Constitución Política de Colombia [Const.]. Art. 13, 15, 16, 42, 49. 7 de julio de 1991 (Colombia).

Council of Europe. (s.f.). Convenio de Estambul. https://rm.coe.int/1680464e73

Da Silveira, D.S., Colomé, C.L., Heck, T., Nunes da Silva, M. y Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería, 24*(1-2), 71-75. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016

Decreto 0497 de 2018. (2018, 31 de diciembre). Alcaldía de Pasto. https://www.pasto.gov.co/index.php/decretos/decretos-2018?download=13591:dec-0497-31-dic-2018

Decreto 1288 de 2018. (2018, 25 de julio). Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1288_2018.htm

Decreto 1770 de 2015. (2015, 7 de septiembre). Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1770_2015.html

Decreto 1771 de 2015. (2015, 7 de septiembre). Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1771_2015.html

Decreto 542 de 2018. (2018, 21 de marzo). Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=76046

Enciclopedia Significados. (s.f.). Conocimiento. https://www.significados.com/conocimiento/

Foucault, M. (2005). *La hermenéutica del sujeto*. Siglo Veintiuno Editores.

Garay, C. (2020). Técnicas e instrumentos de investigación. https://es.scribd.com/document/545497515/Tecnicas-e-Instrumentos-de-Investigacion

Gifre, M. y Guitart, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos educativos, 15*, 79-92. https://doi.org/10.18172/con.656

Heidegger, M. (2006). *Introducción a la fenomenología de la religión*. Fondo de Cultura Económica.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Husserl, E. (1992). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Fondo de Cultura Económica.

Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. (s.f.). Breve Guía de reflexión sobre un enfoque basado en los derechos humanos de la salud. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_NHRInsts_sp.pdf

Irons, R. (2021). Percepción de mujeres venezolanas sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 38*(2), 248-253. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6217

Jiménez, C. A. (2018). ¿Qué importancia tiene la gestión integral del riesgo en salud en la viabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social? [Tesis de Maestría, Universidad EAFIT]. https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/12659/CamiloAlberto_Jimenez_2018.pdf

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Information Canada.

Lamas, H. (2007). Modelos de la sexualidad humana. *Revista de Psicología Liberabit, 7*, 71-78.

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ley 1122 de 2007. (2007, 9 de enero). Congreso de la República de Colombia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Congreso de la República de Colombia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Ley 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de la República de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ley 715 de 2001. (2001, 21 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

Lukas, E. (2003). *Logoterapia: la búsqueda del sentido*. Editorial Paidós.

Luna, J. A. (1996). *Logoterapia un enfoque humanista existencial*. Editorial San Pablo.

Maldonado, C., Martínez-Pizarro, J. y Martínez, R. (2018). *Protección social y migración: una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas*. CEPAL.

Mariñez, A. (2003). *El sentido de la vida en la obra de Víctor Frankl*. Entrelineas – Grupo Hispano Editores.

Martínez-Pizarro, J. (2008). *América Latina y el Caribe: migración internacional, derechos humanos y desarrollo*. CEPAL - Naciones Unidas.

Maureira, S. E. (2023). El concepto de felicidad en la psicología positiva: una lectura desde el psicoanálisis. https://www.researchgate.net/publication/371490710_Universidad_Andres_Bello_Facultad_de_Ciencias_Sociales_Escuela_de_Psicologia_Psicologia_Positiva_Una_lectura_desde_el_Psicoanalisis_Fecha_de_entrega_14_-07-2014

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Dirección de Promoción y Prevención. Modelo de Atención Integral en SSR para Adolescentes y Jóvenes. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-Atencion-Integral-en-SSR-para-Adolescentes.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto del Modelo integral de atención en salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Gestión integral del riesgo en salud. Rol del asegurador e incentivos. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/07-girs-rol-incentivos.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Reporte información Circular 029 de 2017 MSPS. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%20029%20de%202017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan de respuesta del sector salud para el fenómeno migratorio. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/migracion.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). Migrantes afiliados a Salud. https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Migrantes-afiliados-a-Salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). Situación de salud. https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/indicadores/Paginas/Situacion-de-salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c). Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/home-salud-sexual.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022d). El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. http://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf

Miranda, L. E., Coral, M. C., Coral, L., y Quiroz, T. J. (2020). *El cuidado de enfermería en Morbilidad Materna Extrema: elemento clave en la salud materna y perinatal*. Editorial UNIMAR.

Mora, F., Rosero, V. H. y Santiago, D. M. (2020). *Culturas urbanas, subjetividades y representaciones sociales en el contexto latinoamericano*. Editorial UNIMAR.

Moscoso-Loaiza, L. F. y Díaz-Heredia, L. P. (2018). Adopción de comportamientos saludables en la niñez: análisis del concepto. *Aquichán, 18*(2), 171-185.

Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. (coord.). (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Editorial UOC.

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/es/universal-declaration-of-human-rights

Naciones Unidas. (1966a). Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights

Naciones Unidas. (1966b). Pacto de Derechos Económicos y Sociales. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

Naciones Unidas. (1981). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

Naciones Unidas. (1990). Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers

Naciones Unidas. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf

Naciones Unidas. (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf

Naciones Unidas. (1999). Programa de Acción. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 objetivos para transformar nuestro mundo. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/

Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología, 16*(1), 9-38. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2008.v16.2733

Oblitas, L. A. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida* (4.ª ed.). Cengage.

Observatorio Venezolano de Migración (OVM). (2021). Informes del OVM. https://www.observatoriovenezolanodemigracion.org/.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s.f.). Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 1999/44 https://ap.ohchr.org/documents/S/CHR/resolutions/E-CN_4-RES-1999-44.doc

Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). (2021). GIFMM Nariño: Refugiados y Migrantes Venezolanos - enero a junio 2021. https://reliefweb.int/report/colombia/gifmm-nari-o-refugiados-y-migrantes-venezolanos-enero-junio-2021

OpenAI. (2024). *DALL·E 2* (enero 25, versión [Imagen mujer migrante]. https://openai.com/dall-e-2

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2017). Migración e Igualdad de Género en la Agenda 2030. Desafíos para la acción. https://www.iom.int/es/speeches-and-talks/migracion-e-igualdad-de-genero-en-la-agenda-2030-desafios-para-la-accion

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2022). Migrantes saludables, en comunidades saludables. https://www.iom.int/es/migracion-y-salud

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Reglamento sanitario internacional 2005* (3.ª ed.). Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V). (2023). Refugiados y migrantes de Venezuela. https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes

Profamilia e International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2019). *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana*. Profamilia – Colombia e IPPF.

Rebolledo, T. y Rodríguez, M. R. (2014). Migraciones y género en el contexto mexicano: revisión de la literatura científica. *Foro de Educación, 17*, 165-185. https://doi.org/10.14516/fde.2014.012.017.008

Rengifo-Reina, H. A., Córdoba-Espinal, A. y Serrano-Rodríguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 558-569.

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU 1999/44. (1959, 27 de abril). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://www.sela.org/es/centro-de-documentacion/base-de-datos-documental/bdd/72987/resolucion-de-la-comision-de-derechos-humanos-1999-44

Resolución 3015 de 2017. (2017, 18 de agosto). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/pdf/resolucion_minsaludps_3015_2017.pdf

Resolución 429 de 2016. (2016, 17 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://faolex.fao.org/docs/pdf/col157678.pdf

Resolución 5797 de 2017. (2017, 25 de julio). Ministerio de Relaciones Exteriores. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minrelaciones_5797_2017.htm

Resolución Número 1841 de 2013. (2013, 28 de mayo). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf

Resolución número 3280 de 2018. (2018, 2 de agosto). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

Rodríguez, N. (2011). Impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria de salud mental en colaboración con grupos religiosos locales. *Psiquiatría Universitaria, 7*(2), 205-213.

Rubio-Aurioles, E. (1994). Modelo holónico de la sexualidad humana. https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/07-Modelo-Holonico-de-la-Sexualidad-Humana.pdf.

Rubio, V. (s.f.). Modelos psicológicos del comportamiento saludable. https://slideplayer.es/slide/4197532/13/images/Modelos+psicol%C3%B3gicos+del+comportamiento+saludable.jpg

Santiago, D. M., Mora-Acosta, F. y Rosero-Arcos, V. H. (2017). *Filosofía y Psicología: Hacia una reflexión latinoamericanista*. Editorial UNIMAR.

Seligman, M. (2011). *La auténtica felicidad* (Trad. M. Diago y D. Cabeza). Ediciones B de Bolsillo.

Solano-Ruiz, M. C. (2006). Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de los Cuidados*, (19), 5-6. https://doi.org/10.14198/cuid.2006.19.01

Vargas, A. y Palacios, V. P. (2020). *Sexualidad humana*. Grupo Editorial Patria.

Autores


Janeth Lorena Chavez Martínez

Magíster en Salud Pública (Universidad de Nariño), Enfermera (Universidad Mariana). Amplia experiencia en salud pública, en cargos directivos, administrativos y asistenciales, docencia e investigación. Vinculada a la Universidad Mariana, Facultad Ciencias de la Salud, líder de internacionalización de Posgrados en salud, asesora de proyectos de investigación.

Magíster en Enfermería con énfasis en Adulto anciano (Universidad del Valle), Especialista en Cuidado crítico (Universidad Nacional en convenio con la Universidad Mariana), Enfermera (Universidad Mariana). Vinculada hace 25 años a la Universidad Mariana como profesora de Enfermería y coordinadora de investigación. Directora de Posgrados en Salud durante 14 años y Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud en el periodo 2018-2022. Actualmente se desempeña como Vicerrectora Académica de la Universidad Mariana.


Yudi Basante Castro

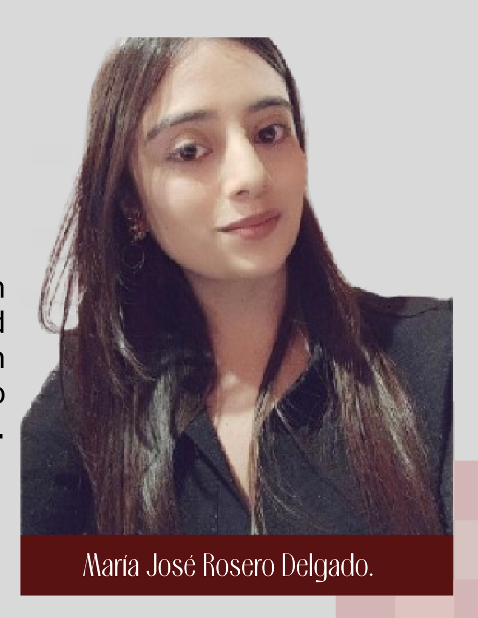

Danessa Milady Chaves Pianda

Odontóloga, Magíster en Administración en Salud, Universidad Mariana, Estudiante admitida al doctorado en Odontología de la Universidad Santo Tomás de Aquino. Vinculada laboralmente a la E.S.E Virgen de Lourdes, área de odontología, coordinadora del área.



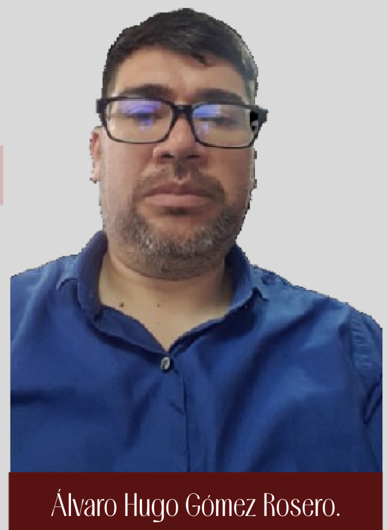
Paola Andrea Gaviria Martínez

Profesional en fisioterapia egresada de la Fundación Universitaria María Cano con sede en la ciudad de Popayán (Cauca). Magíster en Administración en Salud, Universidad Mariana, con 16 años de experiencia laboral en el área de la rehabilitación.



María José Rosero Delgado.

Enfermera Magíster en Administración en Salud egresada de la Universidad Mariana. Vinculada laboralmente en Clínica Oncológica La Aurora como coordinadora de seguridad del paciente.



Álvaro Hugo Gómez Rosero.

Licenciado en Informática, Universidad de Nariño, Especialista en Educación y pedagogía, Universidad Mariana, Master en TIC y Educación, UOC y Magíster en E-learning, Universidad UNAB. Experiencia docente: director de programas y decano de la Facultad de Educación Universidad Mariana, Asesor Secretaría de Educación municipal de Pasto y Departamental de Nariño, Auditor de Calidad y Gestor de Calidad ISO 9000, Innovador Empresarial Colciencias IXL 2020 y Consultor Empresarial internacional Bureau Veritas, Docente Investigador del grupo BIOH, clasificación Junior en MinCiencias 2022.



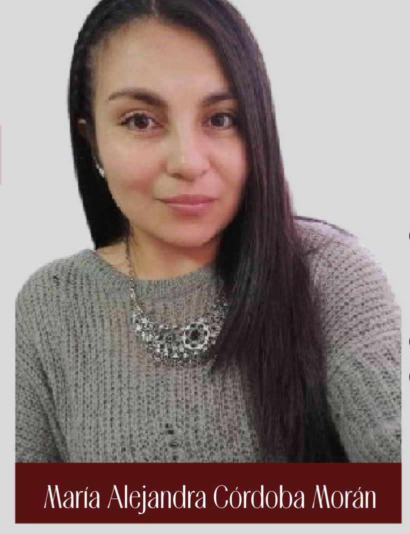
Víctor Hugo Rosero Arcos

Psicólogo, Magíster en Educación, licenciado en Filosofía y teología, especialista en Pedagogía, candidato a doctor en Psicología. Docente investigador escalafonado como investigador junior en Colciencias.

Enfermera, Magíster en Administración en Salud, Especialista en Enfermería para el cuidado del paciente en estado crítico-Universidad Mariana. Vinculada laboralmente a la Universidad Mariana, Facultad de Ciencias de la Salud, líder de extensión y proyección social de Posgrados en Salud, asesora de proyectos de investigación de especializaciones y maestría.



Norma Viviana Moreno Montenegro



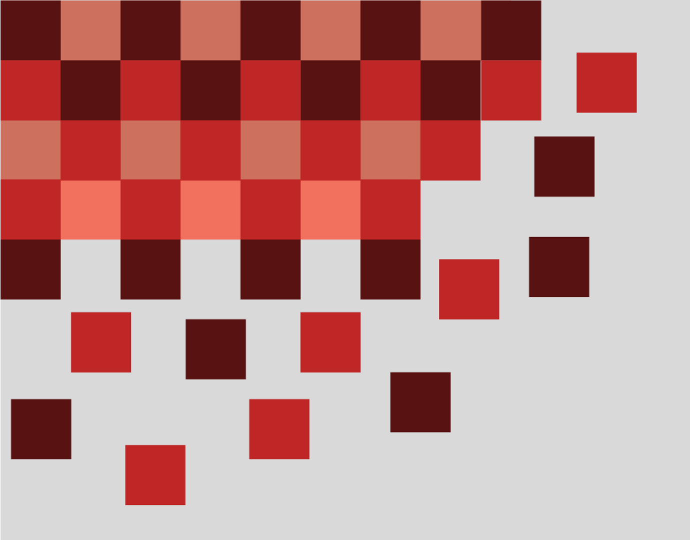
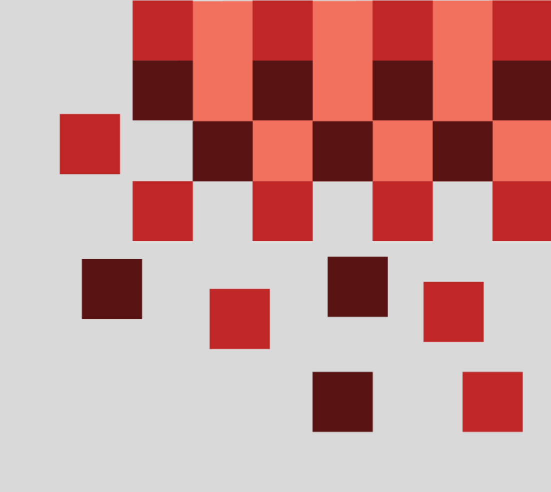
María Alejandra Córdoba Morán

Enfermera, Magíster en Administración en Salud, Universidad Mariana. Vinculada laboralmente a la Universidad Mariana, Facultad de Ciencias de la Salud, líder de egresados de Posgrados en Salud, asesora de proyectos de investigación de maestría.



Yaneth Biviana Luna Arroyo

Abogada de la Universidad Cooperativa de Colombia, Enfermera Universidad Mariana, Especialista en Gerencia y auditoría de la Calidad en Salud, Magíster en Calidad de Servicios de Salud, Doctorante en Salud Pública Universidad Cuauhtémoc de México, Abogada Litigante casos de responsabilidad médica, Ponente nacional e internacional, Asesora de trabajos de investigación de pregrado y posgrado, docente auxiliar Posgrados en Salud, Universidad Mariana.




Universidad Mariana
Calle 18 No. 34-104 San Juan de Pasto
https://libros.umariana.edu.co/index.php/editorialunimar